

Université de Montréal

Facteurs contextuels influençant l'implantation d'un modèle de hiérarchisation des soins en santé mentale : une étude de cas en milieu montréalais

par

Véronique Wilson

Département de médecine sociale et préventive

Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures

en vue de l'obtention du grade de

Maîtrise en santé communautaire (M.Sc.)

Juillet 2011

© Véronique Wilson, 2011

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Facteurs contextuels influençant l'implantation d'un modèle de hiérarchisation des
soins en santé mentale : une étude de cas en milieu montréalais

présenté par :

Véronique Wilson

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Raynald Pineault
président-rapporteur

Louise Fournier
directrice de recherche

Richard Massé
membre du jury

Résumé

Cette étude de cas vise à comparer le modèle de soins implanté sur le territoire d'un centre de santé et des services sociaux (CSSS) de la région de Montréal aux modèles de soins en étapes et à examiner l'influence de facteurs contextuels sur l'implantation de ce modèle. Au total, 13 cliniciens et gestionnaires travaillant à l'interface entre la première et la deuxième ligne ont participé à une entrevue semi-structurée. Les résultats montrent que le modèle de soins hiérarchisés implanté se compare en plusieurs points aux modèles de soins en étapes. Cependant, certains éléments de ces derniers sont à intégrer afin d'améliorer l'efficacité et la qualité des soins, notamment l'introduction de critères d'évaluation objectifs et la spécification des interventions démontrées efficaces à privilégier. Aussi, plusieurs facteurs influençant l'implantation d'un modèle de soins hiérarchisés sont dégagés. Parmi ceux-ci, la présence de concertation et de lieux d'apprentissage représente un élément clé. Néanmoins, certains éléments sont à considérer pour favoriser sa réussite dont l'uniformisation des critères et des mécanismes de référence, la clarification des rôles du guichet d'accès en santé mentale et l'adhésion des omnipraticiens au modèle de soins hiérarchisés. En somme, l'utilisation des cadres de référence et d'analyse peut guider les gestionnaires sur les enjeux à considérer pour favoriser l'implantation d'un modèle de soins basé sur les données probantes, ce qui, à long terme, devrait améliorer l'efficacité des services offerts et leur adéquation avec les besoins populationnels.

Mots clés :

Analyse de l'implantation

Organisation des soins et des services

Hiérarchisation des soins et des services

Modèle de soins en étapes

Santé mentale

Abstract

The purpose of the present study was to compare the care model of one Montreal local territory to the stepped-care model and to investigate factors influencing the implementation of this model. A qualitative case-study approach was employed involving 13 semi-structured interviews with services providers and managers from primary and specialist mental healthcare. Results showed that the hierarchical care model in place in this territory is compared in several points with the stepped-care model. However, some elements of these models have to be integrated to improve efficiency and quality of care, including the introduction of objective evaluation criteria and the specification of evidence-based interventions. Furthermore, some factors influenced the implementation of this hierarchical care model. Thus, the presence of collaborative working and learning strategies were identified to be a key condition. However, some elements must be considered to facilitate its success like the standardization of the referral criteria and process, the clarification of the mental health *guichet d'accès* (centralized access point) roles and the general practitioners' adherence to the care model. In conclusion, the use of the reference and analysis frames of this study may guide managers on issues to be considered to support the implementation of an evidence-based care model which may facilitate mental healthcare efficiency and its adequacy with the population needs.

Keywords:

Implementation analysis

Mental healthcare (services)

Service delivery and organization

Stepped-care model

Mental health

Table des matières

RÉSUMÉ.....	iii
ABSTRACT.....	iv
TABLE DES MATIÈRES	v
LISTE DES TABLEAUX	viii
LISTE DES FIGURES.....	ix
LISTES DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	x
REMERCIEMENTS.....	xi
CHAPITRE 1 : PRÉSENTATION DE LA PROBLÉMATIQUE	1
CHAPITRE 2 : MISE EN CONTEXTE DE LA PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE.....	4
2.1 LA HIÉRARCHISATION DES SOINS ET DES SERVICES.....	5
2.2 LES MODÈLES DE SOINS EN ÉTAPES.....	6
2.2.1 LE MODÈLE DE SOINS EN ÉTAPES DE KATON ET COLLABORATEURS (ÉTATS-UNIS)	7
2.2.2 LE MODÈLE DE SOINS EN ÉTAPES DE SEEKLES ET COLLABORATEURS (PAYS-BAS).....	8
2.2.3 LE MODÈLE DE SOINS EN ÉTAPES DU <i>NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE)</i> POUR LE TRAITEMENT DES TROUBLES DÉPRESSIFS (ROYAUME-UNI)...	10
2.3 LES MODÈLES DE HIÉRARCHISATION DES SOINS ET DES SERVICES PROPOSÉS PAR LE PLAN D’ACTION EN SANTÉ MENTALE 2005-2010 DU MSSS ET L’AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL	12
2.3.1 LE MODÈLE DE HIÉRARCHISATION DES SOINS ET DES SERVICES PROPOSÉ PAR LE PLAN D’ACTION EN SANTÉ MENTALE 2005-2010 DU MSSS.....	12
2.3.2 LE MODÈLE DE HIÉRARCHISATION DES SOINS ET DES SERVICES PROPOSÉ PAR L’AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL	15
2.3.3 COMPARAISON ENTRE LE MODÈLE DE SOINS HIÉRARCHISÉS DU PLAN D’ACTION EN SANTÉ MENTALE 2005-2010 DU MSSS ET LES MODÈLES DE SOINS EN ÉTAPES	16
2.4 PORTRAIT DU CSSS ÉTUDIÉ	19
2.5 L’ORGANISATION DES SOINS ET DES SERVICES EN SANTE MENTALE SUR LE TERRITOIRE DU CSSS ETUDIE.....	20
2.5.1 CSSS	20
2.5.2 ÉTABLISSEMENT A	20

2.5.3	ÉTABLISSEMENT B	21
CHAPITRE 3 : RECENSION DES ÉCRITS		22
3.1	ÉTUDES PORTANT SUR LA PERCEPTION DES CLINICIENS ET DE GESTIONNAIRES FACE À L'IMPLANTATION D'UN MODÈLE DE SOINS HIÉRARCHISÉS	23
3.2	ÉTUDES PORTANT SUR LA PERCEPTION DE CLINICIENS ET DE GESTIONNAIRES FACE À L'IMPLANTATION D'UN MODÈLE ORGANISATIONNEL PROPOSANT UNE INTÉGRATION DES SERVICES DE PREMIÈRE ET DE DEUXIÈME LIGNE.....	25
3.3	APPORT DE LA RECENSION DES ÉCRITS POUR CE PROJET DE RECHERCHE	27
CHAPITRE 4 : MODÈLE THÉORIQUE ET QUESTIONS DE RECHERCHE.....		28
4.1	MODÈLE THÉORIQUE	29
4.1.1	PERSPECTIVES SUR LE CHANGEMENT ORGANISATIONNEL	29
4.1.2	MODÈLE THÉORIQUE RETENU DE CHAMPAGNE (2002).....	31
4.2	BUT ET QUESTIONS DE RECHERCHE.....	32
CHAPITRE 5 : MÉTHODOLOGIE		34
5.1	ANALYSE DE L'IMPLANTATION	35
5.2	ÉTUDE DE CAS	36
5.2.1	CHOIX DU CAS ET DES NIVEAUX D'ANALYSE.....	37
5.3	ÉCHANTILLONNAGE	39
5.4	DÉFINITION DES VARIABLES	41
5.5	COLLECTE DE DONNÉES.....	44
5.5.1	ENTREVUES.....	45
5.5.2	DOCUMENTS	46
5.6	ANALYSE DES DONNÉES SELON L'APPROCHE DE MILES ET HUBERMAN.....	46
5.7	UTILISATION D'UN LOGICIEL D'ANALYSE DE DONNÉES QUALITATIVES.....	49
5.8	CRITÈRES DE QUALITÉ D'UNE RECHERCHE QUALITATIVE	50
5.8.1	VALIDITÉ INTERNE	50

5.8.2	VALIDITÉ EXTERNE	51
5.8.3	VALIDITÉ DE CONSTRUIT	51
5.8.4	FIABILITÉ	51
5.9	CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	52
CHAPITRE 6 : ARTICLE : FACTEURS CONTEXTUELS INFLUENÇANT L'IMPLANTATION D'UN MODÈLE DE HIÉRARCHISATION DES SOINS EN SANTÉ MENTALE : UNE ÉTUDE DE CAS EN MILIEU MONTRÉALAIS		53
CHAPITRE 7: DISCUSSION		74
7.1	TRIANGULATION DES RÉSULTATS AVEC LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE SUR LE SUJET	75
7.2	LIMITES DE CETTE RECHERCHE.....	79
7.3	GÉNÉRALISATION DU MODÈLE DE SOINS HIÉRARCHISÉS.....	80
7.4	GÉNÉRALISATION DU MODÈLE THÉORIQUE	81
CHAPITRE 8 : CONCLUSION		86
SOURCES DOCUMENTAIRES		89
ANNEXE 1:	OUTIL D'ÉVALUATION DES TROUBLES DÉPRESSIFS DU MODÈLE DE SOINS EN ÉTAPES DU <i>NICE</i>	xii
ANNEXE 2:	LETTRE DE PRÉSENTATION DU PROJET DE RECHERCHE	xviii
ANNEXE 3 :	GUIDE D'ENTREVUE UTILISÉ.....	xxi
ANNEXE 4 :	Liste des codes utilisés pour l'analyse des données	xxvii
ANNEXE 5 :	PRÉSENTATION DES DONNÉES À L'INTÉRIEUR D'UNE MATRICE	xxxix
ANNEXE 6 :	FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AU PROJET DE RECHERCHE	xxxiv

Liste des tableaux

Tableau I :	Modèle de soins en étapes de Katon et collaborateurs (Etats-Unis) ...	8
Tableau II :	Modèle de soins en étapes de Seekles et collaborateurs (Pays-Bas) ...	9
Tableau III :	Modèle de soins en étapes du <i>NICE</i> pour le traitement des troubles dépressifs (Royaume-Uni)	12
Tableau IV :	Modèle de hiérarchisation des soins et des services proposé par l'Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal	16
Tableau V :	Différences et similitudes entre le modèle de soins hiérarchisés du PASM et les modèles de soins en étapes	18
Tableau VI :	Perspectives sur le changement organisationnel	29
Tableau VII :	Typologie de l'analyse de l'implantation selon Champagne et collaborateurs	35
Tableau VIII :	Types d'échantillonnage par choix raisonné selon Patton	40
Tableau IX :	Composition de l'échantillonnage de l'étude	41
Tableau X :	Variables à l'étude	43

Liste des figures

Figure 1 :	Cheminement d'un client à l'intérieur du modèle de soins hiérarchisés proposé par le Plan d'action en santé mentale 2005-2010	14
Figure 2 :	Facteurs clés à considérer dans la production d'un changement organisationnel selon Champagne (2002)	31
Figure 3 :	Différences entre les études de cas holistiques et les études de cas à niveaux d'analyse imbriqués	38
Figure 4 :	Le modèle d'analyse de données de Miles et Huberman	47
Figure 5 :	Modèle théorique de Kaner et collaborateurs	75

Liste des sigles et abréviations

AVCI :	Années de vie corrigées de l'incapacité
ASSS :	Agence de la Santé et des Services sociaux
CLSC :	Centre local de santé communautaire
CSSS :	Centre de santé et des services sociaux
GMF :	Groupe de médecine familiale
<i>HMO :</i>	<i>Health maintenance organization</i>
MSSS:	Ministère de la Santé et des Services sociaux
<i>NICE :</i>	<i>National Institute for Health and Clinical Excellence</i>
PASM :	Plan d'action en santé mentale du MSSS

Remerciements

Je tiens à remercier ma directrice de recherche, madame Louise Fournier. Vous avez été pour moi une excellente guide.

Je remercie également toutes les personnes qui, de près ou de loin, m'ont permis de réaliser ce projet.

Un merci particulier au Dr Daniel St-Laurent pour son écoute, ses conseils et son soutien.

Chapitre 1 : Présentation de la problématique

Les troubles mentaux constituent une problématique de santé importante au Québec. Une étude effectuée en 2002 par l'Institut de la statistique du Québec estimait qu'au cours des douze mois précédant, 5% des Québécois âgés de plus de 15 ans avaient été atteints d'un trouble de l'humeur et 4,3% d'un trouble anxieux¹. À l'échelle québécoise, ces statistiques représentent respectivement 314 000 et 253 000 personnes. Au-delà de l'ampleur de cette problématique, les conséquences des troubles mentaux aux plans individuel, familial et sociétal justifient des actions prioritaires de santé publique. En outre, à l'échelle mondiale, la dépression est présentement la quatrième cause de la charge mondiale de morbidité^a (en années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI)) et devrait se situer au deuxième rang en 2030².

Derrière ces statistiques alarmantes se cache une myriade de personnes nécessitant des soins de santé mentale. Par exemple, sur une période d'un an (année financière 2004-2005), 143 895 Montréalais (7,7% de la population) ont eu au moins un contact santé mentale^b dans le réseau de la santé³. De ceux-ci, 60% ont consulté à au moins une reprise un omnipraticien. Aussi, 30% des utilisateurs ont eu une ou des interventions en clinique externe avec un psychiatre et 14% ont reçu des services de santé mentale dans un centre local de santé communautaire (CLSC)³. Pour offrir ces différents services de première et de deuxième ligne, des sommes importantes sont investies dans les soins en santé mentale au Québec. De ce fait, pour l'année financière 2002-2003, les dépenses du programme-clientèle de santé mentale se chiffraient à 1 381 539 091\$⁴. Pourtant, ces investissements ne rapportent pas les résultats escomptés. Ainsi, à Montréal, en 2002, 60% des personnes nécessitant des soins pour des troubles mentaux n'ont pas reçu les services requis⁵. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette inadéquation entre les besoins populationnels et les soins offerts dont l'organisation des services en place. Au cours des dernières années, de

^a L'OMS classe les problèmes de santé en fonction de la charge globale qu'ils font porter à la société en tenant compte de la prématurité des décès qui y sont associés (années de vie perdues) et des incapacités qu'ils provoquent (années vécues avec des incapacités). Cette charge se mesure en années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI).

^b On considère qu'une personne a eu un contact santé mentale si elle a reçu un ou plusieurs des services suivants sur une période d'un an : consultation en clinique privée avec un omnipraticien et un code d'acte santé mentale ; consultation à l'urgence avec un psychiatre ; consultation en clinique privée avec un psychiatre ; intervention en CLSC avec un profil santé mentale ; consultation en clinique externe avec un psychiatre ; hospitalisation avec un diagnostic principal de santé mentale.

nombreux pays (Royaume-Uni, Etats-Unis, Australie, etc.) se sont penchés sur cette problématique^{4,6}. L'une des solutions proposées pour remédier à cette inadéquation et augmenter l'efficacité des soins offerts est l'établissement d'un modèle organisationnel proposant une hiérarchisation des soins et des services.

Au Québec, une réorganisation des services en santé mentale basée sur un modèle de soins hiérarchisés est proposée à l'intérieur du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 (PASM)⁴. Cette réorganisation repose, entre autres, sur le développement de la première ligne en santé mentale, la mise en place de guichets d'accès unique, la présence de médecins spécialistes répondants en psychiatrie et l'établissement de soins basés sur la collaboration. Ainsi, l'implantation du modèle de soins hiérarchisés du PASM cible l'amélioration de l'accessibilité, de la complémentarité et de la continuité des soins. Par ces objectifs, le PASM vise l'atteinte de deux buts ultimes : l'amélioration de l'efficacité des services offerts et leur adéquation avec les besoins populationnels.

La présente recherche compare le modèle de soins et de services implanté sur un territoire de CSSS montréalais à l'un des modèles organisationnels prometteurs pour atteindre ces deux buts ultimes : les modèles de soins en étapes. Aussi, des facteurs contextuels favorisant ou entravant l'implantation de ce modèle sont identifiés. Ainsi, cette recherche fournit des cadres de référence pour analyser l'implantation d'un modèle de soins hiérarchisés, ce qui permet l'identification de pistes de solution afin d'améliorer la continuité et la complémentarité des services et l'utilisation optimale des ressources des différents niveaux de services.

Chapitre 2 : Mise en contexte de la problématique de recherche

Afin de faciliter la compréhension de cette étude, ce chapitre porte sur trois concepts centraux: la hiérarchisation des soins et des services, les modèles de soins en étapes et le modèle de hiérarchisation des soins et des services proposé par le Plan d'action en santé mentale 2005-2010. Aussi, l'organisation des soins et des services en santé mentale sur le territoire étudié est présentée.

2.1 La hiérarchisation des soins et des services

Tout d'abord, attardons-nous à la définition courante de la hiérarchisation : « Classification dans laquelle les termes classés sont dans une relation de subordination, chaque terme dépendant du précédent et commandant le suivant » et « classification dans laquelle les éléments sont ordonnés en une série croissante ou décroissante, selon un critère de valeur ou d'importance »⁹. Bien sûr, ces définitions peuvent créer des malaises sur le terrain. En effet, les notions de subordination et de critères d'importance peuvent susciter de fortes réactions que ce soit auprès des gestionnaires ou des cliniciens de première, de deuxième ou de troisième ligne. Cependant, malgré les idées préconçues entourant la hiérarchisation des soins, cette dernière se révèle être un concept important de l'organisation des services en santé dans un contexte de rationalisation des coûts. Selon le PASM, la hiérarchisation des services consiste à déterminer les soins offerts et les clientèles desservies par les différents prestataires de services et les mécanismes de gestion des interfaces entre les niveaux de soins⁴. Ainsi, elle a pour objectif d'améliorer l'efficacité du système de soins en favorisant une meilleure complémentarité entre les prestataires de services et en assurant une continuité accrue des soins entre eux-ci^{4,10,11}. Pour atteindre ces objectifs, différents modèles de hiérarchisation des services existent dont les modèles de soins en étapes et les modèles de soins intégrés.

2.2 Les modèles de soins en étapes

Plusieurs modèles de soins en étapes ont été mis en place et étudiés pour divers troubles psychiatriques¹²⁻¹⁸. Bien que des différences existent entre ceux-ci, certaines caractéristiques sont communes. Premièrement, les modèles de soins en étapes se fondent sur une approche populationnelle. En effet, ces derniers couvrent l'ensemble des besoins de santé d'une population sur un continuum allant de la prévention aux traitements spécialisés. En second lieu, les interventions incluses dans les modèles de soins en étapes sont hiérarchisées selon les besoins des clients. Ces derniers sont évalués en prenant en considération la complexité et l'intensité de la symptomatologie, les caractéristiques personnelles et sociales des clients et leurs préférences. Ensuite, les modèles de soins en étapes précisent les interventions à privilégier à chacune des étapes du continuum ainsi que les prestataires de services devant normalement offrir ces traitements. Ces interventions reposent généralement sur des pratiques basées sur les données probantes. Pour s'assurer de l'adéquation du traitement offert aux besoins des clients, les modèles de soins en étapes prévoient une évaluation régulière de la réponse au traitement offert. Ainsi, cette dernière conditionne la poursuite du traitement en cours ou le passage à des interventions plus intensives et spécialisées si nécessaire. Cependant, il est à noter que les clients peuvent être dirigés, dès l'évaluation initiale, vers les interventions plus spécialisées selon les besoins identifiés.

L'efficacité des interventions basées sur les données probantes comprises à l'intérieur des modèles de soins en étapes a été démontrée dans de nombreuses études. Néanmoins, peu de recherches ont été réalisées sur les modèles de soins en étapes dans leur entier^{13-15,18}. Ces études ont conclu à l'efficacité de ces modèles pour les personnes souffrant de troubles mentaux. Cependant, des recherches devront être effectuées pour valider les résultats de ces études et évaluer l'efficience des modèles de soins en étapes comparativement aux modèles de soins traditionnels. Afin de mieux illustrer les différentes caractéristiques des modèles de soins en étapes, voyons maintenant quelques exemples développés au cours des dernières années.

2.2.1 Le modèle de soins en étapes de Katon et collaborateurs (États-Unis)^{12,14}

Ce modèle de soins en étapes a été développé par Katon et collaborateurs afin d'améliorer les soins de première ligne prodigués aux personnes souffrant d'un trouble dépressif. Ce modèle est basé sur les soins en collaboration. Il est composé de quatre étapes comportant chacune des interventions basées sur les données probantes. La première étape s'adresse à toute personne présentant des facteurs de risque. Elle comprend la prévention, le dépistage, le diagnostic et l'enseignement de base aux patients (symptomatologie et habitudes de vie). Ces interventions sont effectuées par les médecins omnipraticiens. En second lieu, les interventions de la deuxième étape sont destinées aux patients ayant un nouveau diagnostic de dépression ou vivant une exacerbation ou une rechute de leur maladie. Les interventions de cette étape comprennent un traitement pharmacologique et une psychoéducation sur les habitudes de vie. Ces interventions sont également prodiguées par les médecins omnipraticiens. Aussi, durant cette étape, un suivi thérapeutique peut être réalisé par des cliniciens de première ligne (infirmiers et travailleurs sociaux). Ce dernier est de fréquence variable et consiste en la surveillance de l'évolution des symptômes et des effets secondaires de la médication et en l'enseignement de méthodes d'autogestion de la maladie. Durant ce suivi, les patients sont référés à leur médecin omnipraticien si les résultats escomptés ne sont pas atteints. De plus, un psychiatre assure la supervision du suivi effectué par les cliniciens de première ligne. Ensuite, les interventions de la troisième étape sont conçues pour répondre aux besoins des patients n'ayant pas obtenu les résultats escomptés lors des étapes précédentes. Ces interventions incluent principalement les soins partagés. Ceux-ci consistent tout d'abord en une évaluation effectuée par un psychiatre. Puis, des recommandations sont émises au médecin omnipraticien en ce qui concerne le traitement pharmacologique et le suivi thérapeutique à privilégier. Cependant, il est de la responsabilité du médecin omnipraticien et des cliniciens de première ligne d'assurer le suivi de ces recommandations. Finalement, la quatrième étape s'adresse aux personnes présentant des troubles complexes ou résistants aux traitements. Les soins suggérés lors de cette étape (traitement pharmacologique complexe et psychothérapie)

nécessitent habituellement le recours aux ressources spécialisées de deuxième ligne que ce soit de façon temporaire ou permanente. Il est à noter que les patients présentant des symptômes sévères et/ou une complexité importante peuvent être référés directement aux étapes 3 ou 4. Le tableau suivant résume le modèle de soins en étapes développé par Katon et collaborateurs.

Tableau I. Modèle de soins en étapes de Katon et collaborateurs (Etats-Unis)

Step-Care Levels	Type of Problem	Health Care Practitioner Roles
Level 1	Preventative services and diagnosis of subclinical disorders	Primary care physician provides screening, diagnosis, preventative services, and patient education as well as monitors outcomes
Level 2	A newly diagnosed disorder or relapse or exacerbation of chronic disorder	Primary care physician provides diagnosis and prescription of medication and recommends lifestyle changes. Allied professional helps with increasing frequency of contact, monitoring symptoms and side-effects, support for self-management activities (ie, exercise, increasing positive activities) and referral back to primary care doctor for adverse outcomes. Psychiatrist supervises caseload of allied health professional
Level 3*	Patients with adverse outcomes in Level 2 care	Psychiatrist consults with patient and primary care physician and recommends changes in medication and/or lifestyle alterations; specialist may provide several visits, preferably within primary care
Level 4*	Patients with adverse outcomes in Level 3 care	Specialist takes over care for patients with adverse outcomes despite Level 3 care or those with higher initial levels of complexity

Tableau tiré de Katon, WJ. et Seelig, M. (2008). Population-based care of depression: team care approaches to improving outcomes. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50(4): 459-467.

2.2.2 Le modèle de soins en étapes de Seekles et collaborateurs (Pays-Bas)¹⁵

Ce modèle de soins en étapes a été conçu dans le cadre d'une recherche portant sur l'efficacité d'un modèle de soins en étapes pour le traitement des troubles anxieux et dépressifs (dépression, dysthymie, trouble panique, phobie sociale et anxiété généralisée).

Tableau II. Le modèle de soins en étapes de Seekles et collaborateurs (Pays-Bas)

	Interventions	Cliniciens responsables
Étape 1	Diagnostic et observation de l'évolution des symptômes (watchful waiting)	Médecin omnipraticien
Étape 2	Soutien à l'autogestion des soins	Gestionnaire de cas de première ligne
Étape 3	Thérapie axée sur la résolution de problèmes	Gestionnaire de cas de première ligne
Étape 4	Médication et/ou traitements spécialisés	Médecin omnipraticien Équipe de santé mentale de deuxième ligne

La première étape consiste à établir le diagnostic et à observer l'évolution des symptômes dépressifs et anxieux sur une période de quatre semaines. Ces interventions sont effectuées par un médecin omnipraticien. L'observation de l'évolution des symptômes sur une période de quatre semaines est une intervention privilégiée lors de cette étape puisque certains clients présentent une résorption spontanée de leurs symptômes dépressifs ou anxieux après quelques semaines et ce, sans intervention particulière. La seconde étape est constituée d'interventions de soutien à l'autogestion des soins. Cette étape commence par une rencontre avec un gestionnaire de cas de première ligne (habituellement un infirmier spécialisé en santé mentale ou un psychologue). Lors de celle-ci, de la psychoéducation (conseils sur les habitudes de vie) et de l'enseignement sur un programme d'autogestion des soins sont effectués. Deux programmes d'autogestion des soins d'une durée de six semaines sont offerts : un programme s'adressant aux personnes souffrant d'un trouble phobique et un programme s'adressant aux autres clients. Le programme s'adressant aux personnes souffrant d'un trouble phobique est basé sur la thérapie d'exposition. Au cours de ce programme, une rétroaction téléphonique est disponible. Cette rétroaction a pour objectif de guider le client et de le motiver à la poursuite du programme. Le second programme est présenté aux autres clients. Celui-ci est basé sur une thérapie de résolution de problèmes offert sur support papier ou sur internet. Une rétroaction téléphonique ou par courriel est également disponible durant ce

programme. Ensuite, la troisième étape est débutée lorsqu'il y a persistance des symptômes dépressifs ou anxieux après la complétion du programme d'autogestion des soins. L'intervention recommandée lors de cette étape est une thérapie brève de résolution de problèmes (cinq séances de 45 minutes) effectuée par le gestionnaire de cas de première ligne. Par la suite, les clients ne répondant pas à cette intervention sont rencontrés par leur gestionnaire de cas. Durant cette rencontre, les interventions disponibles à l'étape 4 sont présentées. Les clients choisissant d'avoir recours à la pharmacothérapie sont dirigés vers leur médecin omnipraticien. De leurs côtés, les clients choisissant les traitements spécialisés sont dirigés vers une équipe de santé mentale de deuxième ligne. Il est à noter que les personnes présentant un trouble dépressif ou anxieux sévère sont directement orientées vers cette étape.

2.2.3 Le modèle de soins en étapes du *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)* pour le traitement des troubles dépressifs (Royaume-Uni)¹⁸

Le modèle de soins en étapes du *NICE* pour le traitement des troubles dépressifs est composé de quatre étapes distinctes. La première consiste à identifier les personnes présentant des symptômes dépressifs et à traiter les troubles dépressifs avec symptomatologie légère ne nécessitant pas d'interventions formelles. Les interventions de cette étape comprennent le dépistage des troubles dépressifs à l'aide d'outils d'évaluation standardisés, la psychoéducation sur les saines habitudes de vie (sommeil, nutrition et routine occupationnelle) et le monitoring actif (*active monitoring*) des symptômes dépressifs. En second lieu, la deuxième étape correspond au traitement en première ligne des troubles dépressifs avec symptomatologie légère à modérée et des troubles dysthymiques. Les interventions comprennent un traitement pharmacologique et/ou des interventions psychosociales et psychologiques de faible intensité (thérapie cognitivo-comportementale avec support informatique, guide d'autogestion des soins et groupe d'activités physiques). Ensuite, le traitement des troubles dépressifs avec symptomatologie modérée à sévère constitue la troisième étape de ce modèle de soins. Les interventions de cette étape sont également proposées aux personnes n'ayant pas répondu aux traitements des étapes précédentes.

Ces interventions sont le traitement pharmacologique, les interventions psychologiques de haute intensité (thérapies d'approche cognitivo-comportementale, thérapie de couple, thérapie interpersonnelle, counselling et thérapie psychodynamique) et les soins partagés. Ces interventions sont normalement prodiguées par les équipes de première ligne. Cependant, l'orientation vers les services spécialisés de deuxième ligne doit être envisagée en présence de risques suicidaires, de dysfonctionnement important ou de comorbidité. Finalement, les traitements de la quatrième étape sont fournis par les services spécialisés de deuxième ligne. Cette étape consiste à traiter les troubles dépressifs sévères et complexes (présence de résistance au traitement, d'une symptomatologie psychotique et/ou de comorbidité) ou à risque élevé d'automutilation ou de suicide. Les interventions comprennent, tout comme à l'étape précédente, les traitements pharmacologiques et les interventions psychologiques de haute intensité. À ces interventions sont ajoutés, entre autres, les services de crise, l'électroconvulsivothérapie et l'hospitalisation. Il est à noter que le modèle *NICE* contient un outil d'évaluation facilitant la prise de décision face au niveau d'interventions devant être offert. Cet outil prend en considération la sévérité des symptômes, la durée et le cours de la maladie (annexe 1). Le tableau suivant illustre le modèle de soins en étapes du *NICE* pour le traitement des troubles dépressifs.

Tableau III. Modèle de soins en étapes du *NICE* pour le traitement des troubles dépressifs (Royaume-Uni)

Focus of the intervention	Nature of the intervention
STEP 4: Severe and complex ² depression; risk to life; severe self-neglect	Medication, high-intensity psychological interventions, ECT, crisis service, combined treatments, multiprofessional and inpatient care
STEP 3: Persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression with inadequate response to initial interventions; moderate and severe depression	Medication, high-intensity psychological interventions, combined treatments, collaborative care ³ and referral for further assessment and interventions
STEP 2: Persistent subthreshold depressive symptoms; mild to moderate depression	Low-intensity psychosocial interventions, psychological interventions, medication and referral for further assessment and interventions
STEP 1: All known and suspected presentations of depression	Assessment, support, psychoeducation, active monitoring and referral for further assessment and interventions

Tableau tiré de National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). Depression: the treatment and management of depression in adults. Royaume-Uni.

2.3 Les modèles de hiérarchisation des soins et des services proposés par le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 et l'Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal

2.3.1 Le modèle de hiérarchisation des soins et des services proposé par le Plan d'action en santé mentale 2005-2010

Tel que discuté précédemment, il existe au Québec une inadéquation entre les besoins populationnels et les soins en santé mentale offerts. Pour remédier à cette problématique et améliorer l'efficacité des services proposés, le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) a élaboré le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 (PASM)⁴ qui couvre tout autant les services aux jeunes que ceux aux adultes. Ce plan d'action s'inscrit dans la continuité des changements débutés en 2004 pour moderniser l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux (création des 95 centres de santé et des services sociaux (CSSS)). Ces transformations sont guidées par deux principes fondamentaux : la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services. C'est ainsi que les CSSS sont responsables de

l'implantation des orientations proposées par le PASM sur leur territoire et de la réponse adéquate aux besoins de santé de leur population.

Le modèle de hiérarchisation des services pour la clientèle adulte proposé par le PASM comprend peu d'aspects. Premièrement, le PASM établit des balises pour qualifier l'intensité des troubles mentaux. Ainsi, les troubles mentaux sont qualifiés de graves lorsqu'ils sont associés à un niveau d'incapacité qui interfère de façon significative dans les relations interpersonnelles, les compétences sociales de base et la capacité fonctionnelle dans la production d'un travail. Une incapacité (suivie, prolongée ou durable) dans au moins l'un de ces trois domaines majeurs de la vie constitue un indice pour reconnaître un trouble mental grave. D'autre part, les troubles mentaux sont dit modérés s'ils répondent à certains critères de diagnostic, sont suffisamment importants pour entraver le fonctionnement habituel d'un individu et nécessitent un traitement selon les normes professionnelles reconnues.

En second lieu, le modèle de soins hiérarchisés du PASM précise les services devant être offerts par les différents niveaux de soins et les dispensateurs de ceux-ci. Il est à noter que les niveaux de services ne sont pas associés à un fournisseur particulier mais se définissent par la nature des services dispensés. Les services de première ligne incluent la promotion, la prévention et les services de crise pour la population générale ainsi que les services diagnostiques, curatifs, de réadaptation et d'intégration sociale des personnes souffrant d'un trouble mental léger, modéré ou grave stabilisé. Ils sont également la voie d'accès privilégiée aux services de deuxième et de troisième ligne. Les services de première ligne en santé mentale sont offerts par les CSSS en collaboration avec les médecins omnipraticiens du territoire. De leurs côtés, les services de deuxième ligne comprennent l'évaluation, le traitement spécialisé, l'hospitalisation et le suivi intensif des personnes présentant un trouble mental grave non stabilisé. De plus, ils ont un rôle de soutien et de formation auprès des équipes de première ligne. Les services de deuxième ligne font appel à une expertise spécialisée et sont dispensés par les centres hospitaliers ayant des départements de psychiatrie. Sauf exception, les clients qui accèdent à ces services doivent y être dirigés par un

clinicien de la première ligne. Finalement, les services de troisième ligne s'adressent aux personnes présentant des problèmes dont la complexité requiert une expertise non disponible en deuxième ligne. Ces services sont offerts dans un nombre limité d'établissements (centres hospitaliers universitaires, centres affiliés universitaires et centres hospitaliers psychiatriques) et sont accessibles uniquement aux personnes qui y sont orientées à partir d'un autre niveau de services. Aussi, les cliniciens de ces services surspécialisés doivent assurer un rôle de formateur auprès des équipes de deuxième ligne. La figure suivante illustre le cheminement d'un client à l'intérieur du modèle de soins hiérarchisés proposé par le PASM.

Figure 1 : Cheminement d'un client à l'intérieur du modèle de soins hiérarchisés proposé par le Plan d'action en santé mentale 2005-2010

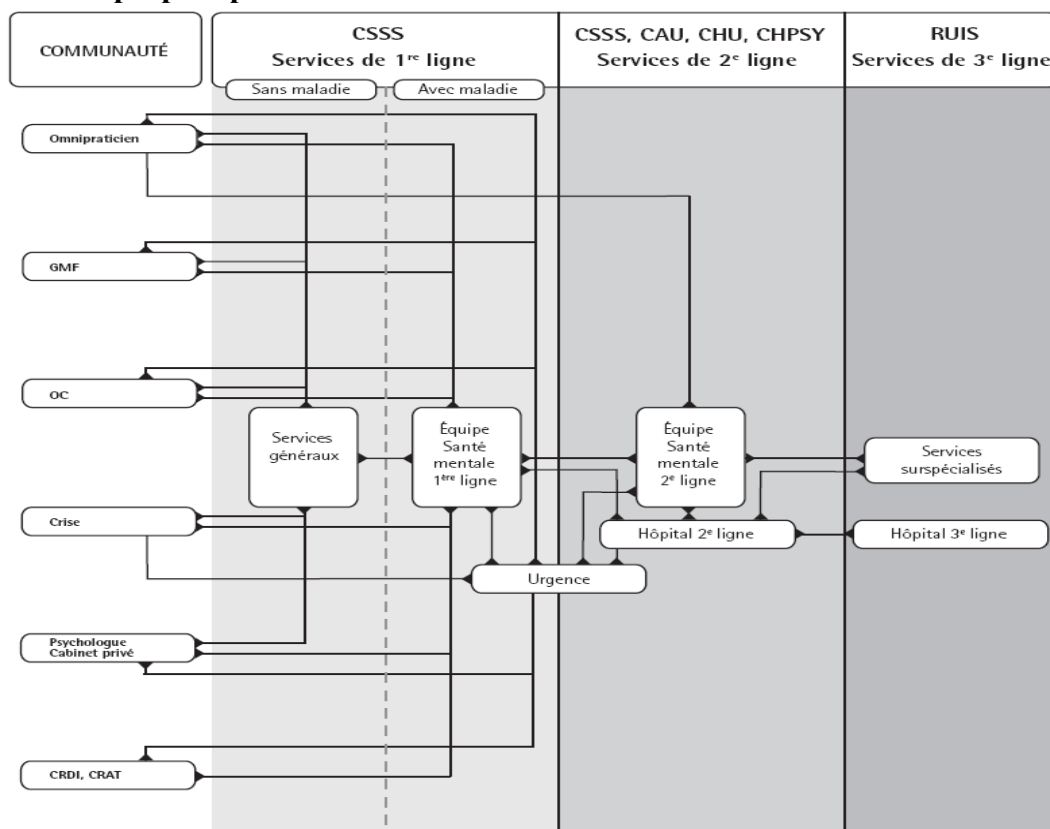


Figure tirée de Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2005). Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens. Québec. p.50

Dans le but de favoriser l'implantation de ce modèle de soins hiérarchisés, le PASM priorise le développement de services de première ligne en santé mentale et la création d'un guichet d'accès unique. Ainsi, le développement des soins de première ligne en santé mentale assure une meilleure accessibilité à des services de qualité adaptés aux besoins de la majorité des personnes ayant un trouble mental. De plus, la mise en place de guichet d'accès unique en première ligne permet une gestion facilitée des interfaces entre les niveaux de soins. En effet, les fonctions du guichet d'accès sont d'évaluer les demandes de services, d'orienter les clients vers les soins les plus adaptés à leurs besoins et de s'assurer de leur prise en charge rapide par les services spécialisés et surspécialisés lorsque nécessaire. Finalement, afin d'obtenir les résultats escomptés par l'implantation de son modèle de soins hiérarchisés, le PASM met l'emphase sur l'importance du médecin spécialiste répondant en psychiatrie (psychiatre répondant). Les rôles principaux du médecin spécialiste répondant en psychiatrie sont d'offrir des avis médicaux sur les troubles psychiatriques qui requièrent son expertise, d'offrir de la formation et de la supervision aux équipes de première ligne en santé mentale et de faciliter la liaison avec les services spécialisés de deuxième ligne.

2.3.2 Le modèle de hiérarchisation des soins et des services proposé par l'Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal

Afin de faciliter la mise en application du modèle de soins hiérarchisés du PASM, l'Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal a élaboré un modèle d'orientation des demandes selon le niveau de services requis. Ce dernier délimite les clientèles devant être desservies par les différents niveaux de services (soins généraux en CSSS, équipe de première ligne en santé mentale et de deuxième ligne et services surspécialisés de troisième ligne). Cette hiérarchisation repose sur trois facteurs principaux : les manifestations symptomatiques, le niveau de dysfonctionnement et les facteurs environnementaux des clients. Le tableau suivant illustre cette hiérarchisation des services.

Tableau IV: Modèle de hiérarchisation des soins et des services proposé par l'Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal

MODÈLE D'ORIENTATION DE LA DEMANDE SELON LE NIVEAU DE SERVICE REQUIS POUR LES ADULTES		
AUTRES ÉQUIPES CSSS (1 ^{re} LIGNE)	ÉQUIPE – SANTÉ MENTALE – ADULTES (1 ^{re} LIGNE)	PSYCHIATRIE (2 ^e ET 3 ^e LIGNES)
FACTEURS INFLUENÇANT LE NIVEAU DE SERVICES		
MANIFESTATIONS SYMPTOMATIQUES		
Légères et/ou ponctuelles	← Modérées	→ Sévères et/ou persistantes
NIVEAU DE DYSFONCTIONNEMENT		
Léger	← Moyen à important	→ Sévère
FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX (STRESSEURS)		
Légers	← Moyens et/ou multiples	→ Sévères et/ou multiples
PROBLÉMATIQUES		
Crise situationnelle	→ Trouble d'adaptation	→
Problèmes psychosociaux divers	→ Trouble d'adaptation	→
Adaptation à nouvelle étape de vie	→ Trouble d'adaptation	→
	→ Trouble dysthymique	→
	→ Trouble dépressif majeur	→ Trouble dysthymique
	→ Trouble cyclothymique	→ Trouble bipolaire
	→ Trouble bipolaire stabilisé	→ Trouble bipolaire non stabilisé
Idéations suicidaires	→ Risque suicidaire élevé	→ Tentative de suicide ou urgence suicidaire
Symptômes anxieux	→ Anxiété généralisée	→ Trouble panique avec ou sans agoraphobie
	→ Trouble obsessionnel compulsif	→ Trouble obsessionnel compulsif sévère
	→ État de stress post-traumatique	→ État de stress aigu
Symptômes psychosomatiques	→ Trouble somatoforme	→
	→ Troubles psychotiques stabilisés	→ Troubles psychotiques non stabilisés
Difficultés relationnelles	→ Trouble relationnel	→ Trouble relationnel sévère
Risque de perte d'autonomie lié au vieillissement		→ Démences
Toxicomanie		→ Delirium ou troubles induits par l'alcool
Toxicomanie		→ Co-morbidité santé mentale et toxicomanie

Tableau tiré de Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal (2008). Trousse d'information : La transformation de services en santé mentale. L'organisation des services de santé mentale dans les CSSS.

2.3.3 Comparaison entre le modèle de soins hiérarchisés du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 et les modèles de soins en étapes

Le modèle de hiérarchisation des services proposé par le PASM peut, dans son essence, se comparer aux modèles de soins en étapes. En effet, le modèle de soins hiérarchisés du PASM se base sur une approche populationnelle et présente une hiérarchisation des services adaptés aux besoins de santé progressant des interventions simples (promotion et prévention) aux interventions plus complexes (soins spécialisés). Aussi, le choix du niveau de services adéquat, à partir des critères

élaborés par le PASM, peut s'avérer ardu puisque ceux-ci sont très peu précis. Toutefois, cette lacune est partiellement comblée par le modèle de hiérarchisation des soins proposé par l'Agence de la Santé et des Services Sociaux de Montréal (ASSS) qui permet d'évaluer le niveau de services requis selon différents critères (manifestations symptomatiques, niveau de dysfonctionnement et facteurs environnementaux). De plus, le modèle de soins hiérarchisés du PASM partage avec les modèles de soins en étapes le même objectif d'utilisation des interventions les plus simples en accord avec les besoins des clients. Ainsi, selon le PASM, la majorité des clients doivent être suivis en première ligne et une réorientation vers celle-ci est préconisée dès la stabilisation des symptômes. Cependant, le PASM ne mentionne pas l'importance de l'évaluation constante de la réponse au traitement pour s'assurer de l'adéquation de ces services avec les besoins des clients. Ensuite, tel que décrit dans les modèles de soins en étapes, le modèle de soins hiérarchisés du PASM explicite les services offerts par les différents niveaux de services et les dispensateurs de ces soins. Cependant, le modèle de hiérarchisation des services proposé par le PASM évoque uniquement de façon générale les interventions devant être offertes pour l'ensemble des troubles mentaux (promotion, prévention, évaluation et traitements spécialisés, etc.) et ne propose pas de hiérarchisation de ces interventions. De plus, le PASM note l'importance de l'utilisation de pratiques basées sur les données probantes mais ne les intègre pas à l'intérieur de son modèle de soins hiérarchisés. Néanmoins, il est compréhensible que le PASM ne précise pas le continuum d'interventions spécifiques à implanter pour chacun des troubles mentaux puisqu'il s'agit d'un document présentant les orientations générales et les priorités d'action du MSSS. De ce fait, il est de la responsabilité des CSSS d'opérationnaliser ces orientations en un continuum d'interventions basées sur les données probantes. Pour ce faire, l'utilisation de modèles de soins en étapes plus opérationnels et spécifiques à chacun des troubles mentaux, tel que le modèle *NICE*, serait approprié. Le tableau suivant illustre les similitudes et les différences entre le modèle de soins hiérarchisés du PASM et les modèles de soins en étapes.

Tableau V. Différences et similitudes entre le modèle de soins hiérarchisés du PASM et les modèles de soins en étapes

	Modèles de soins en étapes	Modèle de soins hiérarchisés proposé par le PASM
Approche populationnelle	oui	oui
Modèle spécifique à chacun des troubles mentaux	oui	non
Présence d'un continuum de services allant de la prévention aux traitements spécialisés	oui	oui
Identification des distributeurs de services devant offrir les différents services	oui	oui
Outils d'évaluation des besoins des clients selon différents critères	oui	PASM : Non ASSS Montréal : Oui
Spécification des interventions à privilégier à chacune des étapes du continuum	oui	non
Interventions basées sur des données probantes	oui	Mentionnées mais non explicitées
Évaluation constante de la réponse au traitement	oui	non

En résumé, le PASM vise l'atteinte de deux buts ultimes : l'amélioration de l'efficacité des services offerts en santé mentale et leur adéquation avec les besoins populationnels. Afin d'atteindre ces objectifs, le PASM propose l'implantation d'un modèle de soins hiérarchisés pouvant se comparer aux modèles de soins en étapes bien qu'étant plus général que ces derniers. Tout comme les modèles de soins en étapes, le modèle de soins hiérarchisés du PASM devrait permettre l'utilisation optimale des ressources en favorisant une meilleure complémentarité des services et en facilitant le cheminement des clients entre les services de première, de deuxième et de troisième ligne. Cependant, le succès d'un modèle de soins hiérarchisés peut être

influencé par plusieurs facteurs contextuels. Ces derniers seront discutés dans la recension des écrits.

2.4 Portrait du CSSS étudié

Le CSSS étudié est situé dans la région montréalaise et est issu de la fusion de trois CLSC. En 2006, la population de ce CSSS était d'environ 175 000 personnes¹⁹. Cette dernière est en moyenne moins favorisée que la population de l'ensemble de l'île de Montréal. En effet, le taux de chômage est plus élevé (9,8%), tout comme les proportions de prestataires de l'assistance-emploi (18,8%), de personnes vivant sous le seuil de faible revenu (34%) et de personnes âgées de 20 ans et plus sans diplôme d'études secondaires (32%). Aussi, la présence de familles monoparentales est plus importante que partout ailleurs sur l'île (38%)²⁰.

L'indice de défavorisation matérielle et sociale est un résumé des facteurs qui conditionnent la vie matérielle et la vie sociale des gens. La défavorisation matérielle est proche de la notion de pauvreté, tandis que la défavorisation sociale rend compte d'une certaine fragilité du réseau social ou de l'isolement des gens²¹. Les gens défavorisés le sont relativement aux membres qui constituent leur société : ici, les seuils de défavorisation ont été fixés en fonction de l'ensemble de la population du Québec²². Avec cet indice, la population est répartie en cinq niveaux de défavorisation qui correspondent chacun à un quintile (20 %). Le quintile 1 regroupe les plus favorisés de la population et, à l'inverse, le quintile 5 représente les plus défavorisés. Au plan matériel, 17 % de la population du CSSS étudié est très défavorisée (quintile 5). Des disparités importantes sont cependant notées entre les secteurs. Aussi, dans ce CSSS, 65 % de la population se situe dans la catégorie extrême de défavorisation sociale (quintile 5). De plus, 12% de la population du CSSS étudié sont extrêmement défavorisées aux plans matériel et social, ce qui les expose à une plus grande vulnérabilité²².

En ce qui concerne l'utilisation des services de santé mentale, 9,2% de la population du CSSS étudié (16000 personnes) ont eu au moins un «contact santé mentale» en 2005-2006 dans un établissement du réseau de la santé et des services sociaux ou dans une clinique médicale²³. De ceux-ci, 57% présentaient un trouble anxieux ou affectif²³. Parmi les utilisateurs des services de santé mentale de ce CSSS, 48% ont consulté uniquement un médecin omnipraticien en clinique privée. Pour ce qui est des autres services, 30% des utilisateurs ont consulté un psychiatre en clinique externe au moins une fois et 8% ont reçu au moins une fois des services offerts en CSSS-mission CLSC. Cette répartition est comparable à celle observée sur l'île de Montréal.

2.5 L'organisation des soins et des services en santé mentale sur le territoire du CSSS étudié

Sur le territoire du CSSS étudié, les soins et les services de première et de deuxième ligne en santé mentale sont offerts en collaboration par trois établissements : le CSSS, l'établissement A et l'établissement B.

2.5.1 CSSS

Le CSSS a été créé en 2004. Il regroupe trois centres locaux de santé communautaire (CLSC) ainsi que sept centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD) et un centre de crise spécialisé en santé mentale. Au total, près de 2500 employés et médecins y travaillent. Le volet adulte du programme de Santé mentale compte 35 professionnels. En 2008-2009, le programme de Santé mentale a offert des services à 652 adultes.

2.5.2 Établissement A

L'établissement A est un centre hospitalier affilié à l'Université de Montréal. Il est l'hôpital de première instance pour la population du CSSS étudié. Au total, plus de 5000 employés et médecins y travaillent. Le programme de Santé mentale de cet établissement compte 130 professionnels et 26 psychiatres. En 2008-2009, ce

programme a offert des services à près de 3900 adultes. L'établissement A offre présentement les services spécialisés de deuxième ligne à la population de deux CLSC du CSSS.

2.5.3 Établissement B

L'établissement B est un centre hospitalier de soins psychiatriques affilié à l'Université de Montréal. Des services spécialisés et surspécialisés y sont offerts. Au total, plus de 2400 employés et médecins y travaillent. En 2008-2009, près de 10 000 personnes ont reçu des services à cet hôpital. L'établissement B offre présentement les services spécialisés de deuxième ligne à la population du troisième CLSC du CSSS ainsi qu'à celle de deux autres CSSS de la région. De plus, cet établissement offre des services surspécialisés pour la population de l'ensemble du territoire du CSSS.

Chapitre 3 : Recension des écrits

Tel que discuté précédemment, peu de recherches ont été effectuées sur les modèles de soins en étapes dans leur entier^{14-16,18}. Dans le même ordre d'idées, les études portant sur la perception des cliniciens et des gestionnaires face à l'implantation d'un modèle de soins hiérarchisés sont également rares⁷⁻⁸. Cette recension des écrits débutera par la révision de deux recherches traitant de la perception de cliniciens et de gestionnaires de première et de deuxième ligne face à l'implantation d'un modèle organisationnel basé sur une hiérarchisation des soins et des services⁷⁻⁸. Puis, des recherches ayant pour sujet la perception de cliniciens et de gestionnaires face à la mise en place de modèles organisationnels intégrant les services de première et de deuxième ligne seront discutées²³⁻²⁷.

3.1 Études portant sur la perception des cliniciens et de gestionnaires face à l'implantation d'un modèle de soins hiérarchisés

Lors de cette recherche documentaire, seulement deux études portant sur la perception des cliniciens et de gestionnaires face à l'implantation d'un modèle de soins en étapes ont été trouvées⁷⁻⁸. La première recherche est une étude de cas multiple s'étant déroulée en 2000 dans une région du nord de l'Angleterre⁷. Au total, 25 cliniciens de la première et de la deuxième ligne ont été interrogés. Cinq thèmes concernant l'implantation du modèle de soins hiérarchisés ont été abordés lors des entrevues semi-structurées : la procédure d'implantation du modèle de soins hiérarchisés, la connaissance et l'utilisation du modèle, la charge de travail, les ressources disponibles et les améliorations possibles. Cette étude conclut que les facteurs contextuels influençant l'implantation du modèle de soins hiérarchisés peuvent être classés en trois catégories : les caractéristiques du modèle de soins hiérarchisés et son utilisation (forces et limites perçues du modèle, interprétation des services devant être offerts, pratiques professionnelles défensives face au modèle), les moyens utilisés pour présenter et mettre en place le modèle (imposition du modèle, appropriation de ce dernier par les cliniciens, planification de la mise en place et dissémination) et le contexte d'implantation (services non offerts, pénurie de ressources, démoralisation des cliniciens, tensions existantes, fragmentation des services et mauvaise communication entre les différents dispensateurs de soins).

Ainsi, les réactions négatives des cliniciens associées aux méthodes d'introduction du modèle influencent grandement leurs perceptions face à celui-ci. De plus, les interprétations différentes du modèle entraînent des pratiques professionnelles défensives, ce qui se traduit par une augmentation marquée des références interorganisationnelles. Pour terminer, la surcharge de travail des cliniciens et leur démotivation accentuent les difficultés reliées au changement de pratique et peuvent exacerber les tensions existantes entre les niveaux de services.

La deuxième recherche a été effectuée dans la région de Trent au Royaume-Uni en 2002⁸. Cette étude a porté sur le développement, l'implantation et l'impact des guides de pratique basés sur une hiérarchisation des services. Dans cette région, des guides de pratique basés sur une hiérarchisation des services devaient être mis en place pour les troubles dépressifs et anxieux, la schizophrénie, les dépendances et les personnes nécessitant une thérapie psychologique. Pour cette étude, la collecte de données a comporté 23 entrevues semi-structurées avec les gestionnaires ayant développé et implanté les guides de pratiques. De plus, 115 cliniciens ont répondu à un sondage postal. Les questions soulevées lors de ce sondage concernaient la connaissance et l'utilisation des guides de pratique, les perceptions face aux méthodes utilisées pour produire, disséminer et implanter ceux-ci et les facteurs influençant l'implantation de ces derniers. Les facteurs identifiés comme entravant le développement et l'implantation des protocoles ont été l'absence de leadership du département régional de la santé et le manque de soutien des gestionnaires, la non disponibilité des ressources (services inexistantes, manque de ressources ou de temps et listes d'attente), la mauvaise dissémination des protocoles, l'absence d'appropriation des protocoles par les cliniciens (non consultation lors de la production des guides de pratique et imposition de ceux-ci), le manque de connaissances et d'habiletés des cliniciens pour mettre en place les interventions suggérées dans les guides de pratique et les difficultés de communication et de compréhension entre la première et la deuxième ligne.

3.2 Études portant sur la perception de cliniciens et de gestionnaires face à l'implantation d'un modèle organisationnel proposant une intégration des services de première et de deuxième ligne

Au cours des dernières années, de nombreuses recherches ont étudiées les modèles organisationnels en santé mentale²⁴. De celles-ci, quelques-unes ont porté sur la perception des cliniciens et des gestionnaires face à l'implantation de modèles organisationnels proposant une intégration des services de première et de deuxième ligne²⁵⁻²⁶. Ces études ont été retenues puisque les modèles de soins intégrés, tout comme les modèles de soins en étapes, proposent une division des services entre les niveaux de soins et des mécanismes de coordination et de gestion de l'interface première/deuxième ligne. De plus, les modèles de soins intégrés poursuivent le même objectif d'efficience en favorisant une meilleure continuité et coordination entre les niveaux de services. L'inclusion de pratiques cliniques constitue la principale distinction entre ces modèles. En effet, les modèles de soins en étapes sont des modèles de pratique clinique proposant une hiérarchisation des soins et des services, tandis que les modèles de soins intégrés sont des modèles organisationnels proposant une structuration en réseau des services de santé mentale de première, de deuxième et de troisième ligne.

La première recherche est une étude de cas multiple qui s'est déroulée en 2000 dans la région de Perth en Australie²⁵. Cette recherche a porté sur la perception des médecins généralistes, des psychiatres et des gestionnaires au sujet de l'intégration des services de première et de deuxième ligne dans leur région. Pour cette étude, 50 cliniciens et gestionnaires ont été sélectionnés (24 médecins généralistes, 15 psychiatres et 11 gestionnaires) et interrogés lors d'entrevues individuelles (20 participants) et de groupe (30 participants). Les questions posées concernaient la définition des soins et des services de première ligne en santé mentale, les relations entre les niveaux de services, les habiletés nécessaires et le soutien requis par la première ligne et les améliorations possibles. Les résultats de cette étude montrent que les principaux facteurs influençant l'intégration des services entre la première et la deuxième ligne sont la définition des rôles et des services des dispensateurs de

soins, l'accès aux services spécialisés, la présence d'agents de liaison et de soins partagés, la formation des cliniciens et la communication entre les paliers de services.

La seconde étude a eu lieu aux Etats-Unis entre décembre 2000 et mars 2001²⁶. Cette recherche avait pour objectif d'identifier les barrières entravant l'intégration des services entre la première ligne et les soins spécialisés dans une *Health Maintenance Organization (HMO)* américaine. Pour ce faire, les chercheurs ont effectué des entrevues semi-structurées auprès de 45 gestionnaires et cliniciens de première et de deuxième ligne d'une même *HMO*. Les résultats de cette étude montrent que la nature et la qualité des contacts entre les cliniciens de première et de deuxième ligne sont des facteurs clés d'un modèle de soins intégrés réussi. Ces derniers peuvent être influencés par plusieurs variables dont les pressions financières et la distance géographique entre les organisations. Ainsi, le manque de contacts nuit au partage d'idées et à la compréhension mutuelle des services devant être offerts par les différents prestataires de services. Finalement, l'utilisation de modèles de pratique différents et la présence de visions divergentes sont également des facteurs entravant l'implantation d'un modèle de soins intégrés.

Les résultats de ces recherches sont également corroborés par d'autres études portant sur les modèles de soins intégrés^{24,27,28}. En effet, ces dernières concluent que différents facteurs influencent l'implantation d'un modèle de soins intégrés : la définition des rôles et responsabilités des prestataires de soins, la qualité de la communication, la formation des cliniciens de première ligne, le soutien offert par les services spécialisés et la présence de cultures et de visions compatibles. Ces études introduisent également de nouveaux facteurs facilitant la mise en place d'un modèle de soins intégrés : la reconnaissance d'une interdépendance entre les partenaires, l'appropriation du modèle par les cliniciens, l'historique de collaboration, l'absence de conflits interorganisationnels, l'existence de protocoles d'entente, la disponibilité des ressources et la présence de leaders. Il est à noter que la majorité de ces facteurs ont été identifiés lors des recherches portant sur les modèles de soins hiérarchisés

(l'appropriation du modèle, l'absence de conflits, l'existence de protocoles d'entente, la disponibilité des ressources et la présence de leaders).

3.3 Apport de la recension des écrits pour ce projet de recherche

Cette recension des écrits montre l'importance de ce projet de recherche. En effet, la rationalisation des ressources a mené de nombreux pays à réfléchir sur la mise en place de modèles de soins efficaces. L'un des modèles prometteurs pour atteindre cet objectif est le modèle de soins en étapes. Cependant, tel qu'illustré dans cette revue de la littérature, de très rares études ont porté sur les facteurs influençant la mise en place d'un modèle de soins en étapes en santé mentale. Ainsi, cette étude permettra de valider ou d'infirmer les résultats obtenus lors de ces quelques recherches et d'identifier de nouveaux facteurs influençant l'implantation d'un modèle de soins hiérarchisés. De plus, elle identifiera des pistes de solutions sur les modifications contextuelles à apporter pour faciliter la mise en place d'un modèle de soins hiérarchisés en accord avec les données probantes sur le territoire d'un CSSS.

Chapitre 4 : Modèle théorique et questions de recherche

4.1 Modèle théorique

4.1.1 Perspectives sur le changement organisationnel

Selon Champagne (2002), les différents écrits et travaux de recherche sur le changement dans les organisations de santé peuvent être regroupés en une dizaine de perspectives expliquant, chacune à leur façon, les facteurs de réussite ou d'échec de l'implantation d'un changement²⁹. Ces perspectives sont listées dans la figure 7. Cette section s'attardera brièvement aux modèles les plus pertinents pour ce projet de recherche soit le modèle hiérarchique et rationnel, l'approche du développement organisationnel, les modèles psychologique, structurel et politique, l'approche institutionnelle et le modèle de l'apprentissage organisationnel. Par la suite, le modèle théorique de cette recherche sera présenté.

Tableau VI. Perspectives sur le changement organisationnel

1.	Le modèle hiérarchique et rationnel
2.	L'approche du développement organisationnel
3.	Le modèle psychologique
4.	Le modèle structurel
5.	Le modèle politique
6.	L'approche de la gestion stratégique
7.	Les perspectives environnementales externes : approches écologiques et institutionnelles
8.	Les approches gurus
9.	Le modèle de l'apprentissage
10.	Les théories de la complexité

Tableau tiré de Champagne, F. (2002). La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Étude no 39.

Tout d'abord, dans le modèle hiérarchique et rationnel, le changement est implanté adéquatement s'il a été bien planifié et si les procédures planifiées ont été suivies^{30,31}. De ce fait, dans ce modèle, le succès de l'implantation repose sur le processus de planification rationnelle du changement par les gestionnaires en position d'autorité. Selon l'approche du développement organisationnel, le changement est un succès si les gestionnaires réussissent à promouvoir des valeurs de participation et de consensus³². Ainsi, ce modèle identifie plusieurs facteurs entravant l'implantation

d'un changement dont la mauvaise transmission de l'information, la perception négative du changement, la confusion entourant les rôles et les responsabilités des personnes ou des groupes impliqués dans le processus et le manque de mécanismes de collaboration^{32,33,34}.

De son côté, le modèle psychologique met l'emphase sur les réactions des personnes face au changement³⁶. Dans ce modèle, l'implantation d'un changement est influencée par les croyances et les attitudes des personnes face à celui-ci. Selon la perspective structurelle, les organisations qui réussissent à implanter un changement se distinguent par leur structure et leurs capacités à adapter celle-ci aux exigences du changement^{29,37,38}. Cette dernière inclut notamment les attributs organisationnels (taille, centralisation, formalisation, niveau d'expertise, etc.), le contexte organisationnel et les qualités des gestionnaires.

Dans le modèle politique, le succès de l'implantation d'un changement repose sur le degré de cohérence entre les finalités du changement et les intérêts des acteurs influents impliqués dans celui-ci^{39,40}. Ainsi, selon ce modèle, il s'avère important d'analyser les intérêts des différents acteurs, leurs stratégies et leurs interactions afin de comprendre leurs impacts sur l'implantation du changement. Dans l'approche institutionnelle, les facteurs influençant l'implantation d'un changement se situent dans l'environnement externe de l'organisation²⁹. De ce fait, selon ce modèle, les organisations doivent répondre aux normes et aux attentes de leur environnement institutionnel pour recevoir la légitimité et le soutien nécessaire à leur fonctionnement et leur survie, ce qui contribue à l'implantation du changement⁴¹. Finalement, le modèle de l'apprentissage organisationnel met l'accent sur la formation des personnes et des organisations. Dans ce modèle, le changement est implanté avec succès si un processus d'apprentissage collectif est présent au sein de l'organisation^{42,43}.

4.1.2 Modèle théorique retenu de Champagne (2002)

À partir de ces différentes perspectives, Champagne a élaboré un modèle théorique incluant les facteurs clés (facteurs contextuels) à considérer dans la production d'un changement organisationnel²⁹. Ce dernier a été choisi puisqu'il synthétise dans un même modèle théorique les facteurs contextuels identifiés dans les différents modèles de la section précédente. Il permet donc une analyse plus exhaustive des facteurs influençant l'implantation d'un changement organisationnel. Ce modèle a servi de cadre d'analyse des facteurs contextuels influençant l'implantation du modèle de soins hiérarchisés sur le territoire étudié (voir la section 5.6 Analyse des données selon l'approche de Miles et Huberman et l'annexe 5). Ainsi, les variables indépendantes principales (voir la section 5.4 Définition des variables) ont été définies à partir de la recension des écrits et de ce modèle théorique. De plus, ce dernier a orienté la conception du guide d'entrevue (voir l'annexe 3).

Figure 2. Facteurs clés à considérer dans la production d'un changement organisationnel selon Champagne.

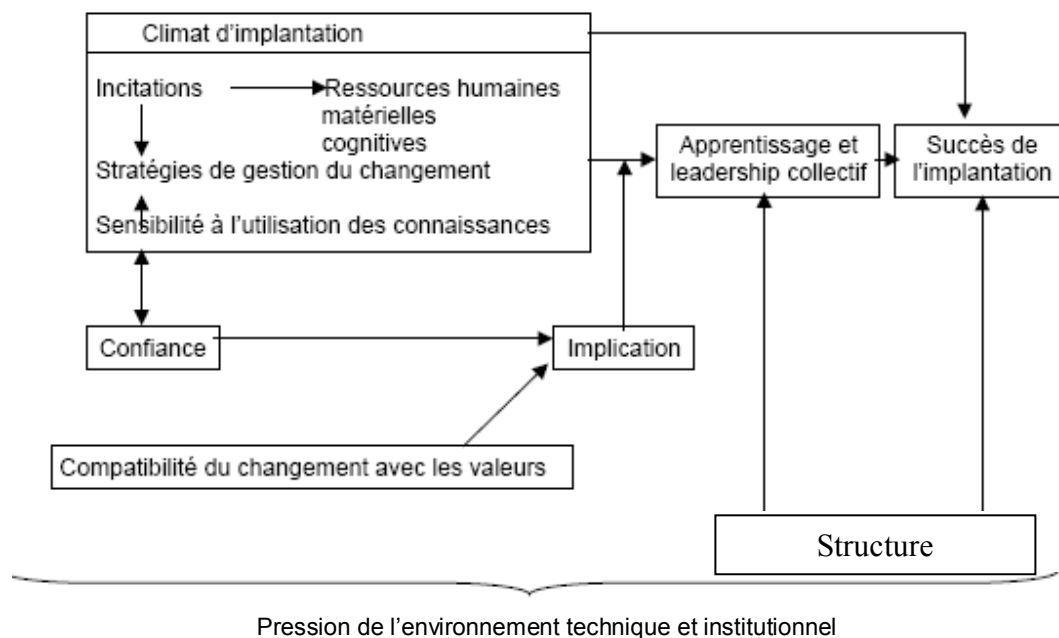


Figure tirée de Champagne, F. (2002). La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Étude no 39.

Selon ce modèle, le succès de l'implantation d'un changement dépend directement des processus d'apprentissage et du leadership présents dans l'organisation. Ces derniers sont influencés par le climat d'implantation, la structure, l'environnement technique et institutionnel. Aussi, l'implication des acteurs concernés est une condition favorisant l'influence du climat sur les processus d'apprentissage et le leadership présents. Le climat d'implantation comprend l'ensemble des conditions, des politiques et des pratiques organisationnelles mobilisées pour l'implantation du changement. Il inclut les ressources matérielles, humaines et cognitives ainsi que le système d'incitation présent, les stratégies de gestion du changement et la sensibilisation des décideurs à l'utilisation des connaissances scientifiques. De son côté, la structure comprend l'ensemble des composantes organisationnelles présentes et des mécanismes existants entre celles-ci. Il est à noter que le climat d'implantation et la structure influencent les processus d'apprentissage et le leadership présents, mais ont également un impact direct sur le succès de l'implantation. Finalement, l'implication des acteurs est influencée par la confiance qui règne au sein de l'organisation et la compatibilité du changement avec les valeurs qui prévalent au sein de cette dernière.

4.2 **But et questions de recherche**

L'objectif de ce projet de recherche est de comparer le modèle de soins hiérarchisés implanté dans un CSSS de la région montréalaise aux modèles de soins en étapes et d'étudier l'influence dynamique des facteurs contextuels sur l'implantation de celui-ci.

Plus précisément, les questions de recherche sont :

À l'intérieur du CSSS étudié :

- Quel est le modèle de hiérarchisation des soins implanté?

- Comment ce modèle de soins hiérarchisés se compare-t-il aux modèles de soins en étapes?
- Quels sont les facteurs contextuels facilitant ou entravant l'implantation d'un modèle de soins hiérarchisés sur ce territoire ?

Chapitre 5 : Méthodologie

5.1 Analyse de l'implantation

Ce projet de recherche est une analyse de l'implantation; c'est-à-dire qu'il consiste à étudier les relations entre une intervention et son contexte durant sa mise en place^{44,45,46}. Dans cette étude, l'analyse de l'implantation porte sur les facteurs contextuels facilitant ou entravant la mise en place d'un modèle de soins hiérarchisés. Différentes classifications des analyses de l'implantation existent^{44,45,46}. Celle retenue dans le cadre de ce projet est la classification développée par Champagne et collaborateurs⁴⁴. Selon celle-ci, les analyses de l'implantation peuvent être de quatre types (1-a, 1-b, 2 et 3) qui se distinguent par leurs objectifs principaux. Ainsi, l'analyse de l'implantation de type 1-a a pour but d'expliquer comment, au fil du temps, le contexte façonne l'intervention implantée. De son côté, l'analyse de l'implantation de type 1-b vise à comprendre les variations observées dans le degré de mise en œuvre d'une intervention. Ensuite, l'analyse de l'implantation de type 2 cherche à connaître l'influence du degré de mise en œuvre de l'intervention sur les effets attendus de celle-ci. Finalement, l'analyse de l'implantation de type 3 a pour objectif d'étudier l'interaction entre le contexte d'implantation et l'intervention sur les effets observés. La figure suivante résume ces différents types d'analyse de l'implantation.

Tableau VII. Typologie de l'analyse de l'implantation selon Champagne et collaborateurs

1. Évolution/transformation de l'intervention	—————	Co-action du contexte dans la détermination de la forme de l'intervention	—————>	Type 1-a
2. Variations dans l'intégralité de l'intervention	—————	Explication	—————>	Type 1-b
	—————	Impact	—————>	Type 2
3. Variations contextuelles	—————	Co-action dans la production des effets	—————>	Type 3

Tableau tiré de Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, AP. et Hartz, Z. (2009). L'évaluation : Concepts et Méthode. Les presses de l'Université de Montréal. Montréal.

Selon cette nomenclature, ce projet de recherche est une analyse de l'implantation de type 1-b. En effet, il consiste à identifier les facteurs contextuels expliquant l'écart entre la hiérarchisation des services en place dans le CSSS étudié et les modèles de soins en étapes. Plusieurs devis de recherche peuvent être utilisés lors d'analyse de l'implantation dont l'étude de cas, l'analyse comparative et l'expérimentation. La prochaine section s'attardera sur l'étude de cas, méthodologie choisie pour ce projet de recherche.

5.2 Étude de cas

L'étude de cas est un devis de choix lorsque les questions de recherche portent sur l'explication d'un phénomène actuel dans un contexte naturel sur lequel le chercheur a peu de contrôle^{45,46}. De ce fait, le but de l'étude de cas est de rassembler des informations complètes, systématiques et en profondeur sur le ou les cas étudiés. Dans ce projet de recherche, l'étude de cas a permis d'étudier l'implantation d'un modèle de soins hiérarchisés dans un contexte naturel et particulier.

Plusieurs types d'études de cas ont été identifiés^{45,47,48,49}. Les classifications retenues ici sont celles de Yin et de Stake^{47,48,49}. Tout d'abord, Yin identifie trois types d'études de cas qui se distinguent par leurs objectifs premiers : les études de cas exploratoires, explicatives et descriptives. Premièrement, les études de cas exploratoires ont pour but de développer des hypothèses pertinentes qui pourront être étudiées lors de recherches subséquentes. Ensuite, les études de cas explicatives ont pour objectif de trouver des liens opératoires entre les différentes variables à l'étude. Finalement, les études de cas descriptives permettent de décrire en profondeur et sous différentes facettes un cas particulier. Selon cette classification, cette recherche est une étude de cas exploratoire. En effet, tel que vu précédemment dans la recension des écrits, peu d'études ont été réalisées sur la problématique abordée dans cette recherche (implantation d'un modèle de soins hiérarchisés). Ainsi, les résultats de cette recherche permettront de développer des hypothèses qui pourront être étudiées ultérieurement.

De son côté, Stake identifie trois types d'études de cas qui se distinguent par le choix du ou des cas à l'étude^{48,49} : les études de cas intrinsèques, instrumentales et multiples. Tout d'abord, l'étude de cas est dite intrinsèque lorsque le chercheur choisit un cas qu'il veut étudier spécifiquement. De ce fait, le cas n'est pas choisi pour être représentatif, mais plutôt pour son intérêt propre. Le but d'une étude de cas intrinsèque est de comprendre ce cas particulier. Une seconde classe d'étude de cas est l'étude de cas instrumentale. Dans celle-ci, le cas est étudié pour comprendre une problématique particulière et permettre une certaine généralisation. Ainsi, le cas étudié est d'intérêt secondaire puisque ce dernier est choisi pour améliorer la compréhension de la problématique à l'étude. Il est à noter qu'il n'existe pas de démarcation claire entre les études de cas intrinsèques et instrumentales. Conséquemment, certaines recherches peuvent être considérées comme appartenant à ces deux types d'études de cas. Finalement, le dernier type d'étude de cas est l'étude de cas multiple où plusieurs cas sont étudiés pour investiguer un phénomène particulier. Selon cette classification, ce projet de recherche peut être considéré comme une étude de cas intrinsèque et instrumentale. En effet, cette recherche est une étude de cas intrinsèque puisque la chercheuse principale présente un intérêt particulier pour le cas choisi, travaillant elle-même dans l'un des établissements participant à l'étude. De plus, le CSSS étudié présente un intérêt particulier étant donné l'utilité possible des résultats de cette étude. Cependant, cette recherche est également une étude de cas instrumentale, puisque l'étude du cas sélectionné permettra d'améliorer la compréhension des facteurs contextuels facilitant ou entravant l'implantation d'un modèle de soins hiérarchisés.

5.2.1 Choix du cas et des niveaux d'analyse

Une étape importante lors de la conception d'une étude de cas est de bien sélectionner le ou les cas qui seront étudiés lors de la recherche. Ainsi, les cas choisis doivent permettre de faire ressortir la problématique à l'étude et offrir une manifestation significative du phénomène^{45,48,49}. Les études de cas sont dites uniques lorsqu'un seul cas est étudié et multiples lorsque plusieurs cas sont étudiés simultanément⁴⁷. Ce

projet de recherche est une étude de cas unique. En effet, cette étude porte sur l'analyse d'un seul cas. Selon Yin, l'utilisation de l'étude de cas unique est particulièrement appropriée lors des cinq situations suivantes: l'étude d'un cas critique, l'étude d'un cas extrême ou rare, l'étude d'un cas typique, l'étude d'un cas révélateur ou l'étude longitudinale d'un cas⁴⁷. Dans cette recherche, le cas choisi peut être considéré comme un cas typique. En effet, l'organisation des soins de santé mentale mise en place sur ce territoire représente une situation relativement fréquente sur le territoire québécois (voir la section Organisation des soins et des services en santé mentale sur le territoire du CSSS étudié).

Une seconde étape à considérer lors de la conception d'une étude de cas est le choix du niveau d'analyse. Ainsi, les études de cas uniques ou multiples peuvent comporter un seul niveau d'analyse (holistique) ou plusieurs (niveaux d'analyse imbriqués)^{47,50}. Tout d'abord, les études de cas holistiques décrivent et expliquent de façon globale la problématique, sans porter attention aux composantes particulières du cas. De leurs côtés, les études de cas à niveaux d'analyse imbriqués portent sur différents niveaux d'explication d'un phénomène. La figure suivante illustre les différences entre les études de cas holistiques et celles à niveaux d'analyse imbriqués.

Figure 3. Différences entre les études de cas holistiques et les études de cas à niveaux d'analyse imbriqués

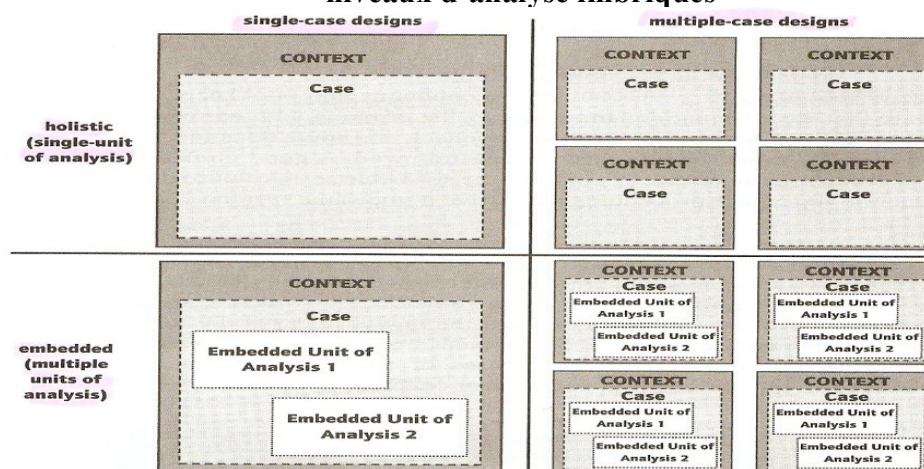


Figure tirée de Yin, R. (2009). Case study research : Design and Methods. Fourth edition SAGE publications. Thousand oaks. 219 p.

Cette recherche est une étude de cas unique à niveaux d'analyse imbriqués. En effet, cette étude comporte trois niveaux d'analyse : les participants, les établissements impliqués (le CSSS et les établissements A et B) et l'organisation globale des soins en santé mentale sur le territoire du CSSS (voir section 2.5 : L'organisation des soins et des services en santé mentale sur le territoire du CSSS étudié).

5.3 Échantillonnage

Selon Patton, ce qui différencie le plus une étude qualitative d'une étude quantitative est probablement la façon d'effectuer l'échantillonnage⁴⁵. Ainsi, les recherches qualitatives reposent habituellement sur un petit échantillon choisi de façon raisonné tandis que les recherches quantitatives ont généralement de plus grands échantillons choisis de façon aléatoire. L'échantillonnage par choix raisonné vise à augmenter l'utilité de l'information, tout en restreignant le nombre d'éléments sélectionnés^{45,48,50}. De ce fait, l'utilisation d'un échantillonnage par choix raisonné permet de sélectionner les participants qui présentent la meilleure opportunité d'apprendre sur la problématique à l'étude. Le tableau suivant présente la classification des différents types d'échantillonnage par choix raisonné selon Patton.

Tableau VIII. Types d'échantillonnage par choix raisonné selon Patton

- **Extreme or Deviant Case** - Learning from highly unusual manifestations of the phenomenon of interest, such as outstanding success/notable failures, top of the class/dropouts, exotic events, crises.
- **Intensity** - Information-rich cases that manifest the phenomenon intensely, but not extremely, such as good students/poor students, above average/below average.
- **Maximum Variation** - Purposefully picking a wide range of variation on dimensions of interest...documents unique or diverse variations that have emerged in adapting to different conditions. Identifies important common patterns that cut across variations.
- **Homogeneous** - Focuses, reduces variation, simplifies analysis, facilitates group interviewing.
- **Typical Case** - Illustrates or highlights what is typical, normal, average.
- **Stratified Purposeful** - Illustrates characteristics of particular subgroups of interest; facilitates comparisons.
- **Critical Case** - Permits logical generalization and maximum application of information to other cases because if it's true of this once case it's likely to be true of all other cases.
- **Snowball or Chain** - Identifies cases of interest from people who know people who know people who know what cases are information-rich, that is, good examples for study, good interview subjects.
- **Criterion** - Picking all cases that meet some criterion, such as all children abused in a treatment facility. Quality assurance.
- **Theory-Based or Operational Construct** - Finding manifestations of a theoretical construct of interest so as to elaborate and examine the construct.
- **Confirming or Disconfirming** - Elaborating and deepening initial analysis, seeking exceptions, testing variation.
- **Politically Important Cases** - Attracts attention to the study (or avoids attracting undesired attention by purposefully eliminating from the sample politically sensitive cases).
- **Convenience** - Saves time, money, and effort. Poorest rationale; lowest credibility. Yields information-poor cases.
- **Combination or Mixed Purposeful** - Triangulation, flexibility, meets multiple interests and needs.

Tableau tiré de Patton, M. (2002). Qualitative research and evaluation methods. Third edition. SAGE publications. Thousand oaks. 598 p.

Selon cette classification, l'échantillonnage par choix raisonné de cette étude est de type variation maximale. En effet, les participants ont été sélectionnés pour représenter une diversité de points de vue, de professions et de contextes de travail. De plus, des critères de sélection ont été établis. Ainsi, les cliniciens participant à l'étude devaient travailler à l'interface entre la première et la deuxième ligne dans l'une des trois organisations offrant des services de santé mentale sur le territoire du CSSS étudié. En ce qui concerne les gestionnaires sélectionnés, ces derniers devaient être responsables de l'implantation du modèle de hiérarchisation des services en santé mentale dans leur établissement respectif. La lettre de présentation du projet de

recherche envoyée aux participants de l'étude se retrouve à l'annexe 2. Le tableau suivant illustre la composition de l'échantillonnage de l'étude.

Tableau IX. Composition de l'échantillonnage de l'étude

Établissements	Gestionnaires	Cliniciens
Établissement A	2	2
Établissement B	2	2
CSSS	2	3

5.4 Définition des variables

Les variables de ce projet de recherche ont été définies à partir de la recension des écrits et du modèle théorique choisi. La variable dépendante de ce projet de recherche est le modèle de soins hiérarchisés implanté sur le territoire du CSSS étudié. Les composantes de cette variable correspondent aux caractéristiques principales des modèles de soins en étapes (voir section sur les modèles de soins en étapes). Les variables indépendantes principales sont celles identifiées précédemment dans le modèle théorique : le climat d'implantation, la structure présente, la confiance régnant au sein du réseau, la compatibilité du changement avec les valeurs, l'implication des acteurs et le leadership et les processus d'apprentissage présents.

Tout d'abord, certaines caractéristiques du *climat d'implantation* ont été étudiées. Ainsi, la présence d'incitations au changement, la disponibilité des ressources humaines et les compétences et connaissances de celles-ci (ressources cognitives) ont été prises en considération. Aussi, l'influence des stratégies de gestion du changement a été étudiée. Les éléments sélectionnés pour cette variable sont le processus de planification de l'implantation du modèle de soins hiérarchisés, le mode de gestion présent (style participatif de gestion, inclusion et consultations des professionnels) et

les mécanismes de communication utilisés pour présenter et implanter le modèle. Finalement, la sensibilité des gestionnaires à l'utilisation des données scientifiques lors de la prise de décision a également été appréciée. Pour ce faire, leur intérêt à l'utilisation d'un modèle de soins en étapes et d'interventions basées sur les données probantes a été évalué.

En second lieu, certaines composantes de la *structure* en place pouvant influencer l'implantation d'un modèle de soins hiérarchisé ont été étudiées. Ainsi, la gestion des interfaces et les services de soutien entre la deuxième et la première ligne ont été questionnés. Les éléments abordés ont été le fonctionnement du guichet d'accès, les mécanismes de communication et de référence entre les organisations, les protocoles d'entente existants et la présence de médecins spécialistes répondants en psychiatrie.

Pour étudier la variable *confiance régnant dans le réseau*, des questions ont été posées sur la présence ou l'historique de conflits et de tensions entre les organisations, la présence ou l'historique de travail en collaboration et la perception des gestionnaires et des cliniciens face aux autres organisations (reconnaissance de la légitimité et de l'expertise). Ensuite, les éléments pris en considération afin d'étudier la *compatibilité du changement avec les valeurs* ont été la perception des gestionnaires et des cliniciens face au modèle de soins hiérarchisés, les philosophies d'intervention des établissements impliqués et la présence d'une culture de travail en réseau. De son côté, *l'implication des acteurs* a été étudiée en évaluant le soutien des différents acteurs au changement.

Finalement, les éléments retenus pour évaluer la variable *Apprentissage et leadership collectif* ont été la nature du processus d'implantation du modèle (essai du modèle et processus de rétroaction et de modification en place), la présence d'activités de formation et la distribution du leadership entre les différents acteurs. De plus, le soutien de l'Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal (*environnement institutionnel*) a été évalué. Le tableau suivant résume les variables de ce projet de recherche.

Tableau X. Variables à l'étude

Variables principales		
Modèle de soins hiérarchisés implanté		<ul style="list-style-type: none"> • Modèle basé sur une approche populationnelle • Présence d'un continuum de services • Définition des rôles et des responsabilités des dispensateurs de services • Présence d'outils d'évaluation des besoins des clients et du niveau de services associé à ceux-ci • Spécification des interventions à privilégier à chacune des étapes du continuum • Présence d'interventions basées sur les données probantes • Présence d'outils d'évaluation de la réponse aux traitements offerts
Climat d'implantation	Incitations	<ul style="list-style-type: none"> • Système d'incitations mis en place
	Ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des ressources humaines
	Ressources cognitives	<ul style="list-style-type: none"> • Compétences et connaissances des gestionnaires et des cliniciens
	Stratégies de gestion du changement	<ul style="list-style-type: none"> • Processus de planification de la mise en place du modèle • Mode de gestion • Mécanismes de communication utilisés pour présenter et implanter le modèle
	Sensibilité à l'utilisation des connaissances	<ul style="list-style-type: none"> • Intérêt à utiliser les modèles de soins en étapes et les interventions basées sur les données probantes
Structure		<ul style="list-style-type: none"> • Gestion des interfaces (guichet d'accès, mécanismes de communication et de référence, protocoles d'entente) • Services de soutien deuxième/première ligne
Confiance		<ul style="list-style-type: none"> • Présence ou historique de conflits et/ou de tensions • Présence ou historique de travail en collaboration • Perceptions face aux autres organisations

Compatibilité du changement avec les valeurs	<ul style="list-style-type: none"> • Perceptions du modèle de soins hiérarchisés • Idéologies d'intervention • Culture de travail en réseau
Implication des acteurs	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien des acteurs au changement
Apprentissage et leadership	<ul style="list-style-type: none"> • Nature des processus d'apprentissage • Présence d'activités de formation • Distribution du leadership
Pression de l'environnement institutionnel	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien offert par ASSS

5.5 Collecte de données

Plusieurs méthodes de collecte de données peuvent être utilisées lors d'une étude de cas : l'analyse de documents, d'archives et d'artéfacts, les entrevues, l'observation et l'observation-participation⁴⁷. Ainsi, la collecte de données, dans une étude de cas, repose généralement sur une combinaison de méthodes. Dans cette étude, la collecte de données a compris sept entrevues avec des cliniciens travaillant à l'interface entre la première et la deuxième ligne dans l'un des trois établissements offrant des services de santé mentale sur le territoire du CSSS et six entrevues avec les gestionnaires responsables de l'implantation du modèle de soins hiérarchisés dans chacun des établissements étudiés. Toutes ces entrevues ont été effectuées par la candidate à la maîtrise. Les entrevues se sont déroulées du mois d'avril au mois de juillet 2010 sur le lieu de travail des différents cliniciens et gestionnaires. La durée des entrevues a varié de 61 à 110 minutes. Aussi, une analyse des documents administratifs des différentes organisations concernant le modèle de soins hiérarchisés mis en place à l'intérieur du CSSS a été effectuée. Il est à noter que la collecte de données de cette recherche s'est inscrite à l'intérieur d'un processus flexible, itératif et continu. De ce fait, elle a été ajustée selon les informations recueillies et l'analyse des données effectuée.

5.5.1 Entrevues

Les entrevues représentent une méthode de collecte de données de choix à l'intérieur d'une étude de cas puisqu'elles permettent de connaître la perception des participants face à la problématique à l'étude^{45,47,48}. Cependant, il est important de prendre en considération les caractéristiques du chercheur et des participants car celles-ci peuvent influencer l'entrevue^{45,47,53,54}. De ce fait, la personnalité, les intérêts, les expériences, les enjeux politiques, le contexte et les biais du chercheur et des participants peuvent influencer le contenu de l'entrevue et les données recueillies. Il existe plusieurs types d'entrevues qualitatives: les entrevues non structurées, les entrevues semi-structurées et les entrevues structurées^{45,53,54,55}. Dans les entrevues non structurées, le chercheur explicite le sujet de l'étude mais a peu de questions préparées. Ainsi, les questions sont générées spontanément selon la discussion ayant cours. Lors d'entrevues semi-structurées, le chercheur introduit le sujet de l'étude et guide la discussion en posant des questions spécifiques prédéterminées avant l'entrevue. Ce guide d'entrevue délimite les sujets qui seront abordés lors de l'entrevue et permet de s'assurer que toutes les facettes de la problématique ont été explorées. Cependant, le chercheur doit rester flexible et attentif aux réponses qui émergent durant l'entrevue afin d'adapter ou d'ajouter de nouvelles questions qui permettront d'approfondir la réflexion sur le sujet à l'étude⁵³. Finalement, les entrevues structurées comprennent des questions préalablement standardisées et ordonnées permettant d'avoir une même séquence de questions pour tous les participants. Les entrevues effectuées lors de cette étude sont des entrevues semi-structurées. Le guide d'entrevue utilisé se retrouve à l'annexe 3. Ce guide d'entrevue a été préalablement testé par la candidate à la maîtrise auprès d'un informateur clé. Pour faciliter l'analyse des données, les entrevues ont été enregistrées sur un support audio.

5.5.2 Documents

Les documents sont une source importante de données lors d'études de cas⁴⁷. En effet, l'analyse des documents permet d'avoir une vision de l'évolution du contexte et des différentes variables au cours des années⁵¹. De ce fait, l'étude des documents peut établir les bases du contenu des entrevues semi-structurées et corroborer les données recueillies par les autres méthodes de collecte de données^{47,51}. Plusieurs types de documents peuvent être étudiés : les lettres, la correspondance, les minutes des rencontres, les documents administratifs des programmes, etc⁴⁷. Cette méthode de collecte de données comporte deux avantages principaux : elle est non intrusive et habituellement facilement disponible. Cependant, cette méthode de collecte de données présente des désavantages. Ainsi, les documents peuvent présenter des biais importants (biais de l'auteur du document). De plus, il peut être difficile de juger de la justesse de ces derniers. Pour diminuer l'impact de ces biais, il s'avère important d'identifier les objectifs reliés aux différents documents et d'être critique lors de leur interprétation⁴⁵. Les documents révisés dans cette étude sont les documents administratifs en lien avec le PASM et la hiérarchisation des services et les procès verbaux des rencontres entre les différentes organisations en ce qui concerne la hiérarchisation des soins sur le territoire du CSSS étudié.

5.6 Analyse des données selon l'approche de Miles et Huberman

Le mode d'analyse d'une recherche se définit comme l'approche retenue pour s'assurer d'un test suffisamment rigoureux du modèle théorique par rapport à la réalité empirique⁵⁰. Plusieurs méthodes d'analyse qualitative peuvent être utilisées^{45,47,52,56,57}. Crabtree et Miller proposent un continuum des stratégies d'analyse des données qualitatives⁵². Celles-ci vont de l'analyse quasi-statistique des données (stratégie standardisée dans laquelle les catégories sont déterminées à l'avance) à l'immersion (stratégie dans laquelle les catégories sont définies de façon inductive à partir des données recueillies). Bien qu'il existe des différences entre celles-ci, le processus général d'analyse est semblable^{52,56}. Ainsi, l'analyse de

données qualitatives inclut généralement les étapes suivantes : la réduction et la codification des données, l'identification de relations, de patrons et de séquences, l'élaboration de généralisations et la construction de théories. Dans le cadre de ce projet de recherche, l'analyse a été effectuée à partir d'un canevas d'analyse prédéterminé dérivé du modèle théorique et de la recension des écrits sur la problématique (annexe 4). Néanmoins, cette approche est demeurée flexible puisque le canevas a été modifié selon les données recueillies (annexe 4). La méthode d'analyse des données retenue est celle de Miles et Huberman⁵⁶. Cette méthode d'analyse comprend trois étapes principales : la réduction des données, la présentation des données et la rédaction de conclusions et leur vérification.

Figure 4. Le modèle d'analyse de données de Miles et Huberman

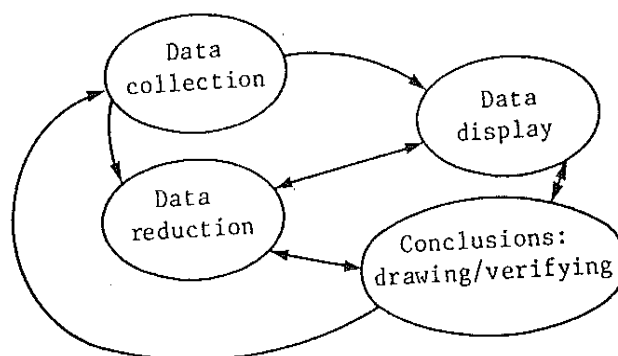


Figure tirée de Miles, M. et Huberman, A. (1994) *An expanded sourcebook. Qualitative data analysis*. SAGE publications. Thousand Oaks. 338 p.

La réduction des données consiste à sélectionner, simplifier, organiser et coder les données sur la base d'un cadre conceptuel émergent. Pour Miles et Huberman, le choix du problème, du modèle conceptuel et du site de recherche détermine une forme anticipatoire de réduction des données⁵⁵. Ensuite, la codification consiste à réviser les données, à les synthétiser et à les disséquer de façon significative^{51,52,56,57}. La codification permet de catégoriser les données recueillies qui seront par la suite reliées aux questions de recherche, aux hypothèses ou aux thèmes. Pour cette étape, Miles et Huberman suggèrent de créer une première liste de codes avant la collecte de données. Ces codes sont basés sur le modèle théorique de l'étude, les questions de recherche, les variables principales et les recherches antérieures sur le sujet. De bons

codes sont ceux qui capturent la richesse qualitative du phénomène. De plus, ces codes sont provisoires et sujets à des changements et des modifications tout au long de la collecte et de l'analyse des données. Ainsi, ceux-ci seront modifiés, éliminés ou créés afin de correspondre aux données recueillies selon un processus itératif^{51,56}.

Selon Miles et Huberman, la deuxième étape de l'analyse est la présentation des données (data display)⁵⁶. Celle-ci consiste à présenter les informations de façon visuelle et systématique afin de faciliter l'identification et la sélection des interprétations potentielles des données permettant de répondre à la question de recherche. La présentation des données doit être organisée de façon cohérente, ce qui permet d'effectuer des comparaisons, de détecter des différences et de noter des patrons, des thèmes ou des tendances. Différentes techniques sont proposées pour la présentation des données. Celles-ci se divisent en deux catégories principales : les matrices (colonnes et lignes) et les réseaux (série de cellules avec des liens entre elles). Pour cette recherche, une matrice comprenant les réponses pertinentes des participants en fonction des différents concepts à l'étude a été produite (voir annexe 5). Ainsi, en analysant les colonnes de cette matrice, il est possible d'étudier les relations entre les différentes variables. De plus, en étudiant les lignes de cette matrice, il est possible de comparer les réponses des différents répondants concernant une variable particulière.

Cette deuxième étape conduit à la rédaction de conclusions et à leur vérification. Cette étape permet de donner un sens et une cohérence aux thèmes, aux catégories et de développer des liens entre ces différents éléments^{45,50}. Yin identifie plusieurs techniques pouvant être utilisées lors de cette étape dont l'appariement de modèle et la construction d'explications⁴⁷. L'appariement de modèle consiste à comparer les données empiriques à un modèle préalablement déterminé. De ce fait, dans cette recherche, les données recueillies ont été comparées au modèle théorique de l'étude. La construction d'explications consiste à expliquer le phénomène à l'étude à l'aide de propositions théoriques. Dans cette méthode, le chercheur effectue des propositions initiales. Puis, ces propositions sont confrontées aux données recueillies et modifiées.

Les propositions révisées sont par la suite confrontées de nouveau aux données recueillies. Ce processus itératif a lieu jusqu'à ce que les propositions soient conformes aux données recueillies. Pour valider ces conclusions, différentes méthodes existent^{45,51,52,56}. Celles utilisées dans cette recherche sont la validation des conclusions par les participants à l'étude, l'évaluation d'explications rivales et la triangulation. En effet, la validation des conclusions par les participants et la recherche d'explications alternatives permettent d'évaluer et de confronter la plausibilité des conclusions émises. De son côté, la triangulation augmente la validité d'une recherche qualitative en réduisant les biais systématiques et les distorsions lors de l'analyse des données^{45,50,57}. Patton identifie quatre types de triangulation : la triangulation des sources de données, la triangulation des résultats avec les recherches existantes sur le sujet, la triangulation des méthodologies de collecte de données et la triangulation par la révision des données par différents chercheurs⁴⁵. Ces quatre types de triangulation ont été utilisés lors de l'analyse des données. Ainsi, les données ont été recueillies auprès de gestionnaires et de cliniciens de différents milieux (triangulation des sources de données). Aussi, les résultats ont été comparés à ceux de recherches antérieures sur le sujet (triangulation des résultats avec les recherches existantes sur le sujet). De plus, deux méthodes de collecte de données ont été utilisées (triangulation de méthodologies de collecte de données). Finalement, les résultats de la recherche ont été révisés par la directrice de recherche de la candidate à la maîtrise ainsi que par les participants de l'étude et des informateurs-clés lors de groupes de discussion (triangulation par la révision des données par différentes personnes).

5.7 Utilisation d'un logiciel d'analyse de données qualitatives

Le logiciel N'Vivo a été utilisé lors de cette recherche. Ce logiciel a facilité le classement, la codification, la comparaison et l'établissement de liens entre les variables⁴⁴. Cependant, celui-ci n'a en aucun cas remplacé le processus de réflexion inhérent à l'analyse de données qualitatives propre au chercheur.

5.8 Critères de qualité d'une recherche qualitative

Il n'existe présentement aucun consensus sur les critères de qualité à utiliser pour juger de la qualité d'une recherche qualitative. Les critères de qualité retenus pour ce projet de recherche sont ceux de Yin⁴⁷. Ils incluent la validité interne, externe et de construit et la fiabilité⁴⁷.

5.8.1 Validité interne

La validité interne d'une recherche qualitative repose sur la puissance avec laquelle celle-ci peut expliquer le phénomène étudié^{45,47,50,52}. Elle dépend de deux facteurs : la qualité, la complexité et l'exhaustivité de l'articulation théorique sous-jacente à l'étude et l'adéquation entre le mode d'analyse choisi et le modèle théorique. Ainsi, c'est le degré de conformité entre l'ensemble des propositions théoriques dérivées du modèle théorique et les observations effectuées sur le terrain qui permet de poser un jugement sur la valeur explicative du modèle⁵⁰. L'étude de cas unique, qu'elle s'appuie sur un ou plusieurs niveaux d'analyse, offre un potentiel élevé de validité interne⁵⁰. De ce fait, la puissance explicative d'une étude de cas unique repose sur la cohérence des relations entre les composantes du cas. Elle découle de la profondeur de l'analyse du cas et non du nombre de cas étudiés. Plusieurs éléments sont à considérer pour augmenter la validité interne d'une recherche qualitative^{45,47,50,52}. Tout d'abord, il est essentiel d'avoir une démarche transparente et de faire preuve d'une grande rigueur méthodologique. Il est donc important de garder un écrit du processus méthodologique utilisé afin de permettre aux lecteurs de juger de la validité de celui-ci. Aussi, l'atteinte de la saturation des données et la triangulation des sources d'informations et des méthodes de collecte de données augmentent la validité interne d'une étude qualitative. Finalement, la validité interne d'une recherche qualitative est augmentée si plusieurs chercheurs participent à l'analyse des données (triangulation par la révision des données par différentes personnes), si les résultats sont corroborés par la littérature scientifique existante sur le sujet et s'il y a utilisation d'un logiciel de traitement de données.

5.8.2 Validité externe

La validité externe réfère à la possibilité de généralisation des résultats de l'étude⁴⁷. Elle s'appuie sur trois principes : celui de similitude (capacité de généraliser les résultats à des contextes similaires), de robustesse (réplication des résultats dans des contextes variés) et d'explication (meilleure compréhension des liens entre les variables à l'étude)⁵⁰. La validité externe de cette étude de cas unique repose principalement sur le principe d'explication. En effet, la force des relations trouvées et leur validation théorique permettront une certaine généralisation des résultats^{45,50}. Il est à noter que les problématiques de validité externe représentent la barrière majeure des études de cas uniques.

5.8.3 Validité de construit

La validité de construit renvoie au fait que les variables identifiées et mesurées durant l'étude doivent refléter les concepts auxquels elles réfèrent^{47,50}. Pour ce faire, il est important de bien définir les concepts de la recherche et de s'assurer de la concordance des définitions opérationnelles des variables avec les concepts étudiés. Différentes méthodes peuvent être utilisées pour augmenter la validité de construit d'une étude de cas⁴⁷. Tout d'abord, l'utilisation de sources multiples de données augmente la validité de construit en favorisant la convergence des données recueillies. Aussi, il est important de maintenir une chaîne d'évidences permettant à un observateur externe de suivre les différentes étapes de l'étude. Finalement, la révision des résultats par les participants lors de groupes de discussion permet également d'augmenter la validité de construit de l'étude de cas puisqu'elle diminue la possibilité de rapport erroné des données recueillies.

5.8.4 Fiabilité

Le critère de fiabilité permet de s'assurer qu'un chercheur extérieur utilisant la même procédure et effectuant la même étude de cas arriverait aux mêmes résultats et

conclusions⁴⁷. Ce test a pour but de minimiser les erreurs et les biais de l'étude. Pour ce faire, il est important de bien expliciter le protocole de l'étude de cas et de constituer une base de données complète.

5.9 **Considérations éthiques**

Le présent projet de recherche a été accepté par les comités d'éthique de l'Université de Montréal et des établissements A et B. Une copie du formulaire du consentement à la participation au projet de recherche est disponible à l'annexe 6.

Chapitre 6 : Article

**Facteurs contextuels influençant l'implantation d'un modèle de hiérarchisation
des soins en santé mentale : une étude de cas en milieu montréalais**

Facteurs contextuels influençant l'implantation d'un modèle de hiérarchisation des soins en santé mentale : une étude de cas en milieu montréalais

Auteurs : Véronique Wilson, M.Sc. Santé Communautaire (cand.) et Louise Fournier, Ph.D., professeure agrégée, département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal.

Résumé : Cette étude de cas vise à comparer le modèle de soins hiérarchisés implanté sur le territoire d'un centre de santé et des services sociaux (CSSS) de la région de Montréal aux modèles de soins en étapes et à examiner l'influence de facteurs contextuels sur l'implantation de ce modèle. Au total, 13 cliniciens et gestionnaires travaillant à l'interface entre la première et la deuxième ligne ont participé à une entrevue semi-structurée. Les résultats montrent que le modèle de soins hiérarchisés implanté se compare en plusieurs points aux modèles de soins en étapes. Aussi, plusieurs facteurs influençant l'implantation de ce modèle sont dégagés. Parmi ceux-ci, la présence de concertation et de lieux d'apprentissage représente un élément clé. En somme, l'utilisation des cadres de référence et d'analyse de cette étude peut guider les gestionnaires sur les principaux enjeux à considérer pour favoriser l'implantation d'un modèle de soins permettant d'améliorer l'efficacité des services offerts et leur adéquation avec les besoins populationnels.

Abstract: The purpose of the present study was to compare the care model of one Montreal local territory to the stepped-care model and to investigate factors influencing the implementation of this model. A qualitative case-study approach was employed involving 13 semi-structured interviews with services providers and managers from primary and specialist mental healthcare. Results showed that the hierarchical care model in place in this territory is compared in several points with the stepped-care model. Furthermore, some factors influenced the implementation of this hierarchical care model. Thus, the presence of collaborative working and learning strategies were identified to be a key condition. In conclusion, the use of the reference and analysis frames of this study may guide

managers on issues to be considered to support the implementation of an evidence-based care model which may facilitate mental healthcare efficiency and its adequacy with the population needs.

Les troubles mentaux représentent une problématique de santé importante au Québec, notamment à Montréal. Ainsi, en 2004-2005, près de 8% des montréalais ont consulté dans le réseau de la santé pour un trouble mental (Benigeri, 2007). Malgré cela, il existe une inadéquation entre les besoins et les services reçus: en 2002, 60% des montréalais nécessitant des soins pour des troubles mentaux n'ont pas reçu les services requis (ASSS de Montréal, 2007). Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette inadéquation dont l'organisation des services. Pour y remédier, une solution proposée est l'établissement d'un modèle de soins comportant une hiérarchisation des services. Au Québec, le Plan d'action en Santé mentale 2005-2010 (PASM) prévoit la mise en place d'un modèle de soins hiérarchisés reposant notamment sur le développement de la première ligne en santé mentale, l'implantation de guichets d'accès unique et l'établissement de soins basés sur la collaboration. Cette étude a pour premier objectif de comparer le modèle de soins hiérarchisés implanté dans un CSSS montréalais à l'un des modèles de hiérarchisation des soins existants : les modèles de soins en étapes (Von Korff, 2000; Bower et Gilboldy, 2005; Katon et Seelig, 2008; Seekles et al., 2009; Draper et al., 2006; Judd et al., 2004; NICE, 2009).

Bien que des différences soient présentes entre les modèles de soins en étapes, certaines caractéristiques sont communes. Premièrement, ces derniers se fondent sur une approche populationnelle. Ensuite, les interventions incluses dans ces modèles sont hiérarchisées selon les besoins des clients. Aussi, ces modèles précisent les interventions à privilégier à chacune des étapes ainsi que les prestataires de services devant normalement offrir ces traitements. Ces interventions reposent généralement sur des pratiques basées sur les données probantes. Finalement, pour s'assurer de l'adéquation du traitement aux besoins des clients, les modèles de soins en étapes prévoient une évaluation régulière de la réponse au traitement offert. Jusqu'à présent, peu de recherches ont été réalisées sur les modèles de soins en étapes dans leur entier

(Bower et Gilboldy, 2005; Katon et Seelig, 2008; Seekles et al., 2009; NICE, 2009) ou sur la perception des cliniciens et des gestionnaires face à leur implantation (Kaner et al., 2003, Ricketts et al., 2003). En continuité avec ces quelques études, cette recherche a également pour objectif d'étudier l'influence des facteurs contextuels sur l'implantation d'un modèle de soins hiérarchisés.

Modèle théorique

L'étude des facteurs contextuels est basée sur le modèle théorique de Champagne (2002). Selon ce modèle, le succès de l'implantation d'un changement dépend des processus d'apprentissage et du leadership présents. Le climat d'implantation, la structure et l'environnement influencent ces derniers. Aussi, l'implication des acteurs (découlant de la confiance régnant dans le réseau et de la compatibilité du changement avec les valeurs) favorise l'influence du climat d'implantation sur les processus d'apprentissage et le leadership. La figure suivante illustre ce modèle théorique.

Figure 1. Facteurs clés à considérer dans la production d'un changement organisationnel selon Champagne (2002)

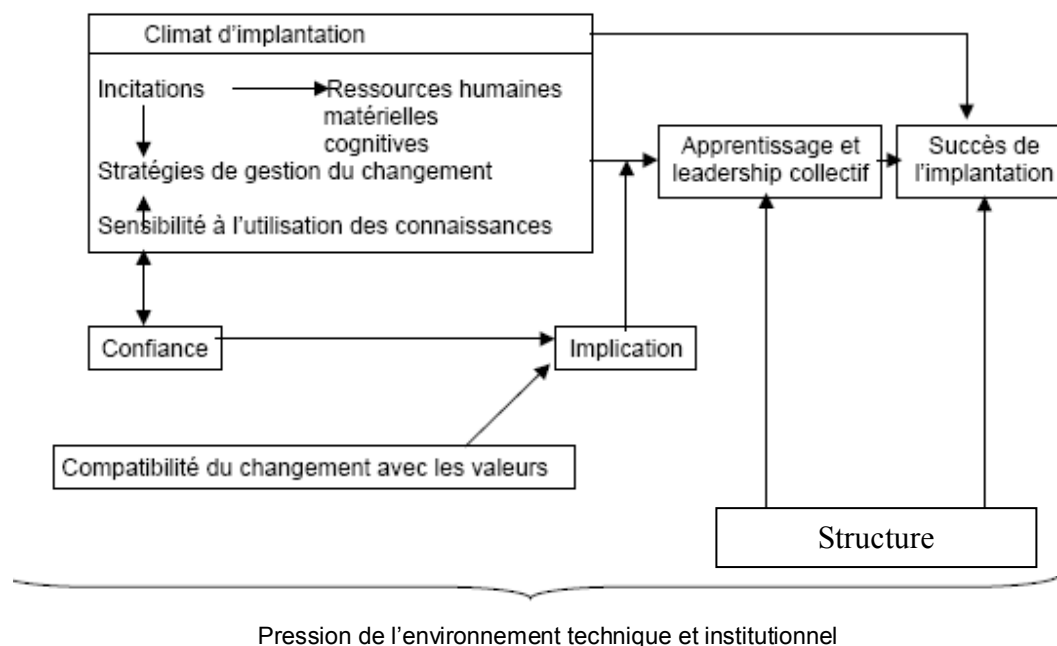


Figure tirée de Champagne, F. (2002). La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Étude no 39.

Méthodologie

Le devis de recherche est celui de l'étude de cas unique réalisée à partir de l'analyse de documents administratifs et d'entrevues auprès d'informateurs-clés. Le CSSS étudié est situé sur l'île de Montréal. Sa population est d'environ 175000 personnes. Cette dernière est en moyenne moins favorisée que la population de l'ensemble de l'île. En 2005-2006, environ 9 % de la population du CSSS a consulté à au moins une reprise pour un trouble mental. Les participants, comprenant sept cliniciens et six gestionnaires, ont été sélectionnés selon une méthode d'échantillonnage par choix raisonné. Ainsi, les cliniciens devaient travailler à l'interface entre la première et la deuxième ligne dans une des trois organisations offrant des services de santé mentale et les gestionnaires devaient être responsables de l'implantation du modèle de soins hiérarchisés. Le tableau suivant témoigne de la répartition des participants.

Tableau 1. Composition de l'échantillonnage

Établissements	Gestionnaires	Cliniciens
Hôpital général avec département de psychiatrie (établissement A)	2	2
Centre hospitalier spécialisé en santé mentale (établissement B)	2	2
CSSS	2	3

Deux méthodes de collecte de données ont été utilisées. Tout d'abord, une étude des procès verbaux et des documents administratifs en lien avec la hiérarchisation des services a été effectuée. Puis, les 13 participants ont été interrogés lors d'entrevues semi-structurées. Les principaux sujets abordés ont été le processus de planification et d'implantation du modèle de soins hiérarchisés, les services offerts, la gestion de l'interface première/deuxième ligne et la collaboration entre les établissements. Ces entrevues ont été réalisées par la première auteure entre les mois d'avril et de juillet 2010. La méthode d'analyse des données est celle de Miles et Huberman (1994). Cette dernière a été effectuée à partir d'un canevas d'analyse prédéterminé dérivé de

la littérature sur les modèles de soins en étapes et du modèle théorique. Dans cette étude, la validité est demeurée un souci constant. Pour ce faire, une triangulation des sources et des méthodes de collectes de données a été réalisée. Aussi, un logiciel de traitements de données a été utilisé et les résultats ont été comparés à la littérature existante. Finalement, les résultats ont été révisés par les participants lors de groupes de discussion. Ce protocole a été accepté par les comités d'éthique de l'Université de Montréal et des établissements impliqués.

Résultats

Le modèle de soins hiérarchisés implanté

Tout d'abord, le modèle de soins hiérarchisés implanté définit les clientèles devant être desservies par les différents niveaux de services. Celui-ci est largement inspiré du modèle d'orientation des demandes de l'Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal et repose sur trois facteurs: les manifestations symptomatiques, le niveau de dysfonctionnement et les facteurs environnementaux. Aussi, des balises sont établies pour apprécier ces différents facteurs. Ainsi, les manifestations symptomatiques sont qualifiées de « légères » si la personne présente peu de symptômes, s'ils sont apparus récemment et s'ils sont proportionnels aux facteurs de stress qui les ont causés. Ensuite, elles sont qualifiées de « modérées » si la personne présente plusieurs symptômes, si ceux-ci sont d'intensité modérée et s'ils durent depuis un certain temps. Finalement, les manifestations symptomatiques sont qualifiées de « sévères » si la personne présente un nombre élevé de symptômes, s'ils se maintiennent malgré les tentatives antérieures de suivi ou s'il y a comorbidité ou danger pour l'intégrité de la personne. Pour ce qui est du niveau de dysfonctionnement, celui-ci est qualifié de « léger » s'il n'y a qu'une altération mineure du fonctionnement, de « moyen » si les difficultés de fonctionnement sont plus importantes et de « sévère » si la personne est incapable de fonctionner dans les différentes sphères de sa vie. Pour leurs parts, les facteurs environnementaux sont qualifiés selon leur nature et leur intensité. Le tableau suivant illustre le modèle d'orientation de la demande selon le niveau de service requis implanté.

Tableau 2. Modèle d'orientation de la demande selon le niveau de service requis

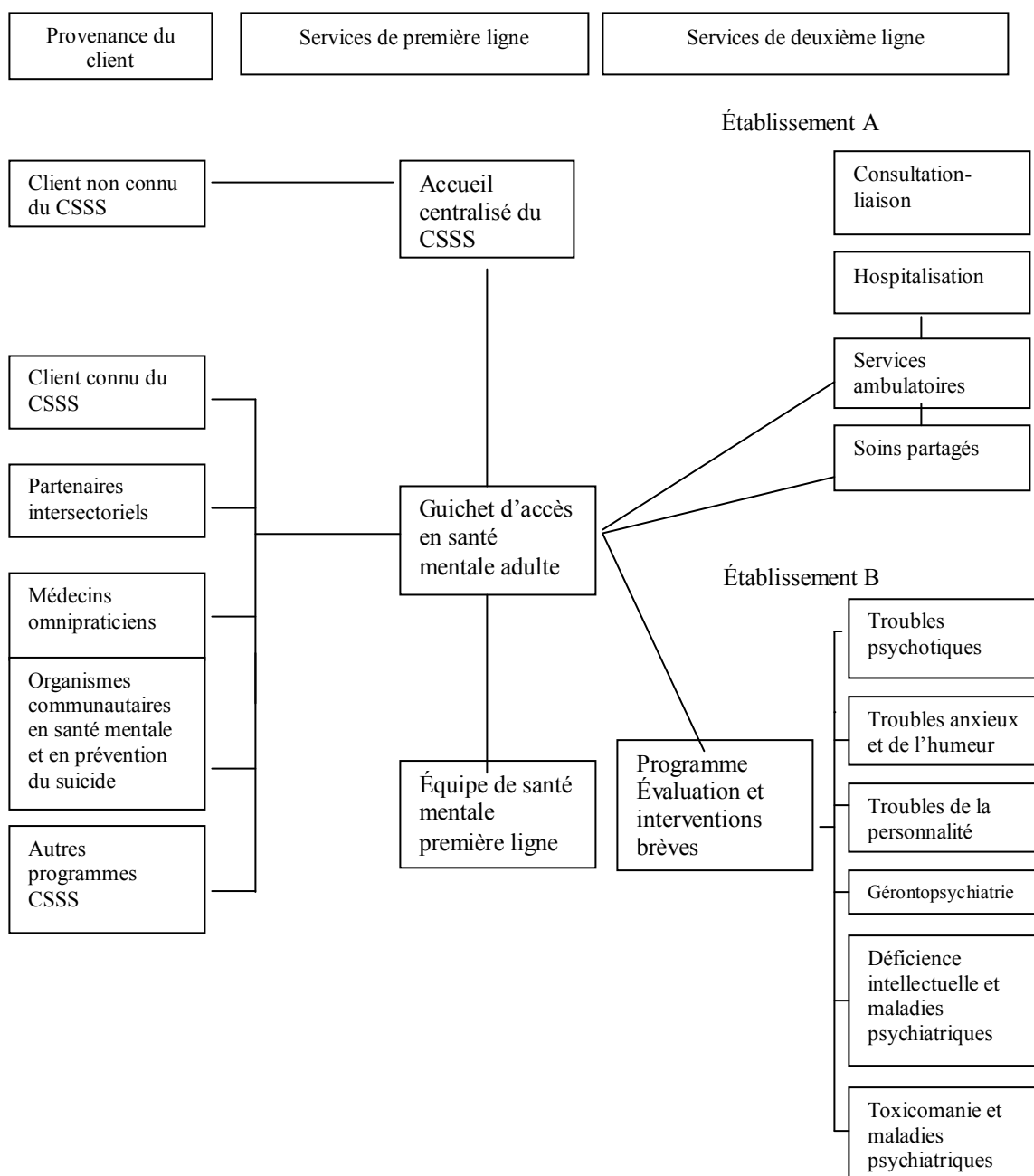
Autres équipes CSSS	Services ambulatoires de santé mentale	
	1 ^{ère} ligne	2 ^e ligne
Manifestations symptomatiques		
Légères et/ou ponctuelles	Modérées	Sévères et/ou persistantes
Niveau de dysfonctionnement		
Léger	Moyen ou important	Sévère
Facteurs environnementaux ou problèmes psychosociaux		
Léger	Modérés et/ou nombreux	Sévères et/ou multiples
Problématiques		
Adaptation à une nouvelle étape de la vie	Trouble de l'adaptation	
Problèmes psychosociaux divers	Diagnostic de trouble mental associé à un problème psychosocial	
Toxicomanie	Comorbidité santé mentale et toxicomanie	Trouble psychotique induit par une substance
Idéations suicidaires	Risque suicidaire élevé	Urgence suicidaire moyenne à élevée, tentative suicidaire
Humeur dépressive	Troubles de l'humeur d'intensité légère à modérée	Troubles de l'humeur d'intensité sévère
Symptômes anxieux	Trouble anxieux d'intensité légère à modérée	Troubles anxieux d'intensité sévère
	Troubles des conduites alimentaires d'intensité légère à modérée	Troubles des conduites alimentaires d'intensité modérée à sévère
Difficulté à se contrôler	Troubles du contrôle des impulsions d'intensité légère à modérée	Troubles du contrôle des impulsions d'intensité sévère
Problèmes relationnels	Troubles relationnels d'intensité légère à modérée	Troubles relationnels d'intensité sévère
	Troubles psychotiques compensés	Troubles psychotiques non compensés

Tableau tiré de Table de travail des établissements du territoire (2009). Facteurs influençant le niveau de service requis.

Le modèle de soins hiérarchisés implanté comprend un continuum de services de première et de deuxième ligne. Ainsi, les services de première ligne sont dispensés par le CSSS (composé de 3 points de services) en collaboration avec les médecins omnipraticiens. Présentement, les services qui y sont offerts sont le guichet d'accès en santé mentale et les suivis en individuel. De leurs côtés, les services de deuxième ligne sont dispensés par l'établissement A (hôpital général universitaire ayant un département de psychiatrie) et l'établissement B (centre hospitalier universitaire spécialisé en santé mentale). L'établissement A dessert la population de deux points de services du CSSS. Les soins qui y sont offerts sont regroupés à l'intérieur de

quatre services : la consultation-liaison, l'hospitalisation, les services ambulatoires et les soins partagés. Pour ce qui est des services offerts à l'établissement B, ceux-ci sont divisés en sept programmes spécialisés. Cet établissement offre les services de deuxième ligne à la population de l'autre point de services du CSSS en plus d'offrir des services surspécialisés pour l'ensemble du territoire du CSSS. La figure suivante illustre le cheminement d'un client à l'intérieur du modèle de soins hiérarchisés sur ce territoire.

Figure 2: Cheminement d'un client à l'intérieur du modèle de soins hiérarchisés



Comparaison entre le modèle de soins hiérarchisés implanté et les modèles de soins en étapes

Le modèle de soins hiérarchisés implanté se compare en plusieurs points aux modèles de soins en étapes. Premièrement, il se base sur une approche populationnelle et présente un continuum de services. Ensuite, le modèle de soins hiérarchisés implanté explicite les soins offerts par les différents dispensateurs de services. Cependant, ce dernier évoque uniquement de façon générale les interventions devant être offertes pour l'ensemble des troubles mentaux contrairement aux modèles de soins en étapes qui sont spécifiques à chacun des troubles mentaux. Aussi, une hiérarchisation des interventions à l'intérieur du continuum n'est pas disponible actuellement. Ainsi, le choix et la séquence des services offerts aux clients reposent sur l'évaluation des cliniciens. De plus, des interventions basées sur les données probantes sont présentes, mais elles ne sont pas systématiquement utilisées. Ensuite, le modèle de soins hiérarchisés implanté comprend des critères pour faciliter l'orientation des clients, mais aucun outil d'évaluation objectif ne permet de les évaluer. De même, aucun outil ne permet d'apprécier systématiquement la réponse au traitement. De ce fait, celle-ci s'effectue, selon des délais variables, lors de la réévaluation des plans d'interventions. Le tableau suivant illustre les similitudes et les différences entre le modèle de soins hiérarchisés implanté et les modèles de soins en étapes.

Tableau 3. Différences et similitudes entre le modèle de soins hiérarchisés implanté et les modèles de soins en étapes

	Modèles de soins en étapes	Modèle de soins hiérarchisés implanté
Approche populationnelle	oui	oui
Modèle spécifique à chacun des troubles mentaux	oui	non
Présence d'un continuum de services	oui	oui, mais absence de certains services
Identification des dispensateurs de services devant offrir les différents services	oui	oui
Outils d'évaluation des besoins des clients selon différents critères	oui	oui, mais critères subjectifs
Spécification des interventions à privilégier à chacune des étapes du continuum	oui	non
Interventions basées sur des données probantes	oui	oui
Évaluation constante de la réponse au traitement	oui	non, mais présence d'une réévaluation selon délai variable

L'utilisation de ce cadre de référence permet d'évaluer la conformité du modèle implanté aux principales caractéristiques des modèles de soins en étapes. Ainsi, cette évaluation permet d'identifier les éléments à intégrer pour implanter un modèle de soins basé sur les données probantes. De ce fait, une meilleure adéquation entre le modèle de soins hiérarchisés implanté et les modèles de soins en étapes devrait favoriser une plus grande efficacité des services et une meilleure qualité de soins. De plus, l'implantation d'un modèle de soins hiérarchisés basé sur les modèles de soins en étapes aurait permis d'atténuer certaines problématiques relevées, notamment en ce qui concerne l'évaluation et l'orientation des clients.

Les facteurs contextuels influençant l'implantation du modèle de soins hiérarchisés

Le climat d'implantation

Plusieurs éléments liés au climat d'implantation influencent la mise en place du modèle de soins hiérarchisés. Tout d'abord, le principal incitatif présent a été le transfert de cliniciens et de budgets de l'établissement B vers le CSSS, ce qui a

permis une augmentation du nombre de cliniciens dans les équipes de première ligne. Cependant, puisque ces transferts étaient associés à des transferts de clientèles, ces derniers n'ont pas permis une augmentation de l'offre de services.

« Nous avons des difficultés parce que l'établissement B n'a pas complété le transfert des postes vers la première ligne. Ils ont transféré quelques cliniciens, mais il en manque encore. Ici, il manque une trentaine de postes. »
(gestionnaire-CSSS)

Aussi, il existe sur ce territoire un manque de médecins de famille, ce qui crée des difficultés pour répondre à la demande accrue de suivi de personnes ayant un trouble mental en première ligne. Différents moyens sont présents pour pallier ce manque dont la mise en place d'un service de recherche de médecins de famille pour les clientèles vulnérables. De plus, ce manque est atténué avec l'arrivée récente d'un omnipraticien dans l'équipe de santé mentale. Outre les incitatifs présents et la disponibilité des cliniciens, d'autres éléments du climat d'implantation à considérer sont la compétence des cliniciens, l'attitude des gestionnaires face aux changements et leur sensibilité à l'utilisation des données probantes. Sur ce territoire, les cliniciens de première ligne sont perçus comme ayant les compétences nécessaires et les gestionnaires possèdent une attitude de valorisation du changement et se montrent sensibles à l'utilisation des données probantes, ce qui favorise l'apprentissage collectif et l'implantation fructueuse du modèle de soins hiérarchisés.

« Il faut que le personnel et les gestionnaires soient ouverts aux changements, à faire des essais. Il faut faire baisser les résistances... Ca prend une ouverture à être en perpétuel changement. » (gestionnaire-établissement B)

La structure

Différents mécanismes de liaison inter-établissements ont été mis en place afin de favoriser l'implantation du modèle de soins hiérarchisés. Parmi ceux-ci, la présence de cliniciens de liaison se révèle un atout appréciable. Ainsi, celle-ci facilite les échanges et augmente la fluidité de passage vers les services spécialisés.

« La présence d’infirmiers de liaison est très aidante. Quand je suis embêtée, je les appelle et nous discutons. Pour eux, c’est important d’offrir du soutien à la première ligne. » (clinicien-CSSS)

Toutefois, le manque d’uniformisation des mécanismes de référence vers les services spécialisés crée du mécontentement. De ce fait, le mécanisme en place entre le CSSS et l’établissement B est perçu comme plus aisé par les cliniciens du guichet d’accès. Cependant, la perception de facilité semble liée au fait que la prise de décision concernant l’orientation du client est effectuée par cet établissement, ce qui s’avère contraire aux orientations du PASM.

« Le fonctionnement est plus facile à l’établissement B parce que les demandes sont traitées à un seul endroit...C’est les cliniciens de l’établissement B qui déterminent si le client est orienté vers l’un de leurs programmes ou vers la première ligne. » (clinicien-CSSS)

Les processus d’apprentissage et le leadership présents

Sur ce territoire, l’implantation du modèle de soins hiérarchisés se fait à travers l’action et l’expérimentation. Ainsi, les établissements implantent de façon progressive le modèle de soins hiérarchisés, malgré les difficultés notées sur les plans du climat d’implantation et de la structure. Cette mise en place graduelle permet de respecter les capacités des différentes organisations et favorise la réussite à long terme du modèle de soins.

« Nous avons accepté de démarrer et d’y aller étape par étape. Nous sommes dans une fenêtre pas tout à fait confortable, mais en même temps, ça nous permet d’apprendre. » (gestionnaire-CSSS)

Aussi, des lieux d’échange ont été mis en place pour discuter de l’implantation du modèle de soins hiérarchisés. De ce fait, des réunions ont régulièrement lieu entre les gestionnaires des différents établissements afin d’ajuster le modèle implanté aux réalités vécues. D’autres parts, des mécanismes de résolution de problèmes ont été créés pour régler les mésententes.

« Nous sommes dans une période d'apprentissage et de rodage où s'il y a des situations litigieuses, nous nous en parlons et nous trouvons des solutions le plus rapidement possible. » (gestionnaire-établissement A)

De plus, des activités d'apprentissage individuel et collectif ont été conçues pour soutenir l'implantation du modèle de soins hiérarchisés. Ainsi, des rencontres ont été instaurées entre les cliniciens du guichet d'accès du CSSS et les cliniciens de l'établissement A travaillant à l'interface première/deuxième ligne. Aussi, un projet de pairage entre les cliniciens de première et de deuxième ligne a été mis en place. Ces activités ont pour but de faciliter le développement d'une vision commune face au modèle et le travail en partenariat.

« Avec l'établissement A, il y a des rencontres dans lesquelles nous travaillons ensemble au développement d'une compréhension commune des clientèles devant être suivies en première et en deuxième ligne. Il y a un travail à faire pour accorder nos visions. » (clinicien-CSSS)

« Les pairages nous ont permis de connaître les réalités vécues par les différents cliniciens et de développer des relations privilégiées avec certains cliniciens de la deuxième ligne. » (clinicien-CSSS)

Finalement, un leadership collectif de tous les établissements est perçu, ce qui favorise la réussite à long terme du modèle de soins hiérarchisés.

« Il y a eu du leadership de la part du CSSS, de l'établissement A et B. Je n'ai pas senti qu'un établissement avait plus de leadership que les autres. C'est néfaste quand le leadership vient d'un seul endroit parce que celui-ci peut imposer sa vision des choses. » (gestionnaire-établissement A)

La compatibilité du changement avec les valeurs et la confiance régnant au sein du réseau

La compatibilité du changement avec les valeurs en place et la confiance régnant au sein du réseau influencent l'implication des acteurs. Ainsi, la perception majoritairement positive des gestionnaires et des cliniciens face au modèle de soins

hiérarchisés favorise leur implication et assure leur soutien au projet. Aussi, la présence d'une culture de travail en réseau facilite l'implication des différents acteurs, bien que celle-ci ne semble pas complètement intégrée.

« Beaucoup d'efforts sont consacrés à déterminer quel établissement devrait prendre en charge le suivi du client plutôt qu'à déterminer quels sont les services qui répondraient de façon optimale à ces besoins actuels... Il faut faire tomber les frontières entre les différents établissements. » (gestionnaire-établissement B)

De plus, plusieurs exemples de collaboration existent. Ainsi, l'implantation du modèle de soins hiérarchisés est le fruit d'une concertation entre les trois établissements du territoire. Également, la fonction de médecin spécialiste répondant en psychiatrie qui sera implantée et dont le rôle principal consiste à soutenir les cliniciens de première ligne est issue d'une collaboration entre les deux établissements de deuxième ligne, collaboration qui était peu présente auparavant.

« La mise en place du modèle de soins hiérarchisés a permis de faire tomber des barrières existant entre nous et l'établissement A. C'est un projet qui doit aller au-delà des intérêts particuliers de chacun des établissements. » (gestionnaire-établissement B)

En contrepartie, la présence de mésententes peut altérer la confiance régnant entre les établissements et compromettre l'implication et le soutien de certains acteurs. Premièrement, tel que vu précédemment, un mécontentement est présent face au manque d'uniformité des mécanismes de référence vers les services spécialisés. De plus, la communication perçue comme étant difficile entre les cliniciens du guichet d'accès et le clinicien de liaison de l'établissement A accentue ce mécontentement. Ce dernier est aussi amplifié par la perception des cliniciens du guichet d'accès d'une définition non uniforme des clients devant être suivis en première et deuxième ligne par les établissements de deuxième ligne.

« Nous avons souvent l'impression que, pour un même client, si nous pouvions le diriger vers l'établissement B, celui-ci serait orienté vers l'un de leurs

programmes spécialisés, tandis qu'en dirigeant le client vers l'établissement A, celui-ci est retourné en première ligne.» (clinicien-CSSS)

Le manque d'uniformité dans les critères et les processus de référence combiné à la présence de deux établissements de deuxième ligne aux philosophies différentes influence les perceptions du CSSS face à ceux-ci et peut compromettre l'implantation du modèle de soins hiérarchisés.

« La vision du CSSS par rapport aux deux établissements de deuxième ligne est à changer. Pour eux, l'établissement B est le centre hospitalier qui offre les meilleurs services en santé mentale. Nous, nous sommes perçus comme un petit département.» (gestionnaire-établissement A)

L'implication des acteurs et les pressions de l'environnement institutionnel

Les établissements ont une volonté commune d'implanter le modèle de soins hiérarchisés et s'impliquent de façon positive pour assurer son succès, malgré certains points de friction. Ainsi, les différents établissements se sont appropriés le changement imposé par le PASM et ont créé une synergie permettant la mise en place du modèle de hiérarchisation des soins.

« Nous sommes trois partenaires sur le territoire. Le mot d'ordre est : nous devons travailler ensemble, comment allons-nous y parvenir? » (gestionnaire-CSSS)

Cependant, il semble exister un manque d'implication des omnipraticiens à l'implantation du modèle de soins hiérarchisés. Deux des facteurs identifiés pour expliquer cette situation sont l'absence d'incitations financières favorisant la prise en charge des clients ayant un trouble mental et leur méconnaissance du PASM, des processus de référence et des différents services offerts.

« Il faut présenter nos services et les avantages associés à ceux-ci aux omnipraticiens. Il ne sont pas au courant de ce qui est en place... Il y a un

dialogue à établir. Il y a de l'information et de la sensibilisation à faire sur le fonctionnement. » (clinicien-CSSS)

Aussi, on note une résistance de certains cliniciens. Ainsi, ils considèrent qu'ils ne sont pas suffisamment inclus dans le processus de planification et d'implantation du modèle de soins hiérarchisés.

« Beaucoup de choses sont discutées entre les gestionnaires, mais très peu de cliniciens sont impliqués. Il faudrait consulter les cliniciens, les mettre à contribution... Il y a beaucoup de cliniciens qui ont de belles idées et qui sont prêts à s'impliquer. » (clinicien-CSSS)

Finalement, le soutien de l'Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal représente un élément important influençant l'ensemble des facteurs contextuels identifiés. Ainsi, un coordonnateur de projet de cette agence soutient les gestionnaires dans l'opérationnalisation du PASM.

« Nous avons une coordonnatrice de projet de l'agence pour la région. C'est un point fort d'avoir une personne qui chapeaute tout ce qui se fait dans la région, qui est présente à toutes les rencontres. Elle a l'ensemble en tête. » (gestionnaire-établissement A)

Néanmoins, les objectifs fixés par l'agence semblent difficilement réalisables, ce qui peut fragiliser l'implantation du modèle de soins hiérarchisés en créant une pression induite sur les établissements.

« L'agence est dans une logique de reddition de compte et nous n'atteignons pas ce qui est attendu. L'agence exclut que nous sommes dans un processus de changement. Il y a un danger à ce que la pression extérieure des indicateurs vienne nuire à la collaboration. Il y a un danger à ce que nous transférons nos clients en première ligne sans se soucier de savoir si celle-ci peut prendre en charge ces clients. » (gestionnaire-établissement B)

Discussion

Des biais peuvent avoir été introduits lors de la collecte de données, notamment par le fait que l'intervieweur travaille dans l'un des établissements concernés. Par conséquent, les intérêts, les enjeux politiques et les biais du chercheur et des participants peuvent avoir influencé l'entrevue et les données recueillies. Néanmoins, les efforts de validation réalisés devraient avoir diminué ceux-ci. Aussi, étant donné le devis de cette recherche, l'étude de cas unique, la possibilité de généralisation des résultats à des contextes d'implantation différents est limitée. Cependant, ces derniers permettent une certaine généralisation des cadres de référence utilisés.

L'utilisation du cadre de référence de cette étude permettant de comparer le modèle de soins hiérarchisés implanté aux modèles de soins en étapes peut faciliter l'analyse des composantes de celui-ci et permettre l'identification des éléments à y intégrer pour favoriser l'implantation d'un modèle de soins et de services basé sur les données probantes. Ainsi, certains éléments des modèles de soins en étapes sont à intégrer au modèle de soins hiérarchisés implanté pour favoriser sa réussite à long terme. De ce fait, l'introduction de critères d'évaluation objectifs permettrait d'uniformiser les définitions des clients devant être pris en charge par les différents dispensateurs de soins et de mieux déterminer le niveau de services requis. Cela atténuerait les difficultés vécues lors de l'orientation des clients. De plus, la spécification des interventions démontrées efficaces à privilégier à chacune des étapes du continuum guiderait de façon plus objective les cliniciens lors du choix des interventions et structurerait celles-ci, ce qui favoriserait une meilleure efficacité. Dans le même ordre d'idées, la mise en place d'une évaluation continue de la réponse au traitement permettrait de mieux ajuster les interventions aux besoins des clients et, par le fait-même, améliorerait l'efficacité des services offerts.

Pour ce qui est des facteurs contextuels observés, ces derniers correspondent à ce qui a été rapporté dans la littérature scientifique sur le sujet (Buchan et al., 2004, Gask, 2005, Kaner et al., 2003, Ricketts et al., 2002). Ainsi, plusieurs des facteurs liés au

climat d'implantation tel que la présence d'incitatifs (Gask, 2005), la disponibilité des ressources humaines (Kaner et al., 2003, Ricketts et al., 2002), les stratégies de gestion du changement (Kaner et al., 2003, Ricketts et al., 2002) et la compétence des cliniciens (Buchan et al., 2004, Ricketts et al., 2002) ont été identifiées comme influençant l'implantation d'un modèle de soins hiérarchisés. L'influence des éléments de structure (mécanismes de référence, de liaison et de communication) a également été relevée dans différentes études (Buchan et al., 2004, Kaner et al., 2003), de même que le rôle joué par la présence de lieux d'apprentissage (Gask, 2005) et d'un leadership collectif (Gask, 2005, Ricketts et al. 2002). Finalement, ces études ont également démontré l'influence de la confiance régnant dans le réseau (Buchan et al., 2004, Kaner et al., 2003, Ricketts et al., 2002) et de la compatibilité du changement proposé avec les valeurs (Gask, 2005, Kaner et al., 2003, Ricketts et al., 2002) sur l'implication des acteurs et l'implantation d'un modèle de soins hiérarchisés. Il est à noter que l'utilisation du modèle théorique de Champagne (2002) permet une analyse plus exhaustive des facteurs contextuels que celle effectuée dans ces études. En effet, ce dernier prend en considération plus de facteurs et permet de synthétiser ceux-ci à l'intérieur d'un même cadre d'analyse. De plus, ce cadre d'analyse permet d'explicitier certaines relations entre les facteurs contextuels identifiés, ce qui permet une meilleure compréhension de la problématique.

Ainsi, le modèle théorique de Champagne (2002) permet d'identifier de nombreux facteurs contextuels sur lesquels porter une attention particulière lors de l'implantation d'un modèle de soins hiérarchisés. Parmi ceux-ci, la présence d'une perception positive face au modèle de soins hiérarchisés implanté, d'une concertation et d'un leadership collectif entre les établissements et la mise en place de lieux d'apprentissages collectifs permettant la discussion et l'expérimentation du modèle de soins hiérarchisés (réunions administratives, discussions cliniques et projet de pairage, etc.) représentent des éléments clés. Cependant, certaines pistes de réflexion sont à considérer pour favoriser sa réussite à long terme. De ce fait, il est important d'actualiser les transferts de cliniciens et/ou de budgets vers la première ligne afin de permettre le développement d'une offre de services complète. Aussi, une

uniformisation des critères et des mécanismes de référence est à privilégier pour atténuer les mésententes entre les établissements. Il en est de même de la clarification du rôle du guichet d'accès. Il est à noter que, selon le PASM, l'orientation des clients vers le niveau de services approprié relève des fonctions du guichet d'accès (rôle établi entre l'établissement A et le CSSS) et non des établissements de deuxième ligne (rôle établi entre l'établissement B et le CSSS). Des efforts doivent également être consentis pour parfaire la culture de travail en réseau. La mise en place de lieux d'apprentissage collectif incluant l'ensemble des établissements devrait faciliter le développement de cette vision. Finalement, l'intégration des omnipraticiens au modèle de soins hiérarchisés doit être favorisée. Pour ce faire, il s'avère important de les informer sur le PASM et les processus de référence vers les différents services. Leur adhésion au modèle pourrait également être facilitée par une meilleure connaissance des services offerts en première ligne car ceux-ci représentent un soutien et une valeur ajoutée au suivi médical de première ligne. De plus, un souci constant d'amélioration du soutien offert à ces derniers et aux cliniciens de la première ligne, tel que le médecin spécialiste répondant en psychiatrie, doit être maintenu.

Conclusion

L'inadéquation entre les besoins populationnels et les services offerts représente une problématique vécue dans de nombreux pays. Cette étude de cas a permis de comparer le modèle de soins implanté sur un territoire de CSSS montréalais à l'un des modèles organisationnels prometteurs pour remédier à cette problématique: les modèles de soins en étapes. L'utilisation de ce cadre de référence peut guider les gestionnaires dans l'identification des éléments à intégrer à leur modèle de soins afin d'implanter un modèle de soins basé sur les données probantes qui devrait, à long terme, favoriser une plus grande efficacité et une meilleure qualité des soins offerts. De son côté, l'utilisation du modèle théorique permet une analyse exhaustive des facteurs influençant l'implantation d'un modèle de soins hiérarchisés. Ainsi, plusieurs facteurs contextuels favorisant ou entravant l'implantation du modèle peuvent être

dégagés, ce qui permet d'élaborer des pistes de solutions afin d'améliorer l'accessibilité, la complémentarité et la continuité des services offerts. Il est à noter que les cadres de référence et d'analyse peuvent être utilisés par les gestionnaires de tout pays puisque ceux-ci prennent en considération l'ensemble des facteurs contextuels influençant l'implantation d'un modèle de soins hiérarchisés. De ce fait, leur transposition à chacun des contextes particuliers de soins et de services est aisée. Globalement, la mise en place d'un modèle de soins hiérarchisés sur ce territoire est un défi que les différents acteurs impliqués ont su relever malgré la présence de difficultés inhérentes à l'implantation d'un changement majeur. D'ailleurs, depuis la fin de cette étude, l'implantation du modèle de soins hiérarchisés se poursuit à bon rythme et des efforts soutenus sont consentis afin de s'assurer de son succès laissant ainsi présager sa réussite à long terme.

Références

Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal, 2007, Mise en œuvre à Montréal du Plan d'action en santé mentale 2005-2010, Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal, Montréal.

Benigeri, M. 2007, L'utilisation des services de santé mentale par les Montréalais en 2004-2005, Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal, Montréal

Bower, P. et Gilboldy, S., 2005, Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency, *British Journal of Psychiatry*, 186, 11-17.

Buchan, T. et Boldy, D.P., 2004, Improving mental health services in a local area: an exploratory study, *Australian health review*, 28(3), 292-300.

Champagne, F., 2002, La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Étude no 39.

Draper, B., Brodaty, H. et Lee-Fay, L., 2006, A tiered model of psychogeriatric service delivery: an evidence-based approach, *International journal of geriatric psychiatry*, 2, 645-653.

Gask, L., 2005, Overt and covert barriers to the integration of primary and specialist mental health care, *Social Science and Medicine*, 61(8), 1785-1794.

Judd, F. et al., 2004, Rural integrated primary care psychiatry programme: a systems approach to education, training and service integration, *Australasian Psychiatry*, 12(1), 42-47.

Kaner, E. et al., 2003, Implementation of a model for service delivery and organisation in mental healthcare: a qualitative exploration of service provider views. *Health and social care in the community*, 11(6), 519-527.

Katon, WJ. et Seelig, M., 2008, Population-based care of depression: team care approaches to improving outcomes. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50(4), 459-467.

Miles, M. et Huberman, A., 1994, *An expanded sourcebook. Qualitative data analysis.* SAGE publications. Thousand Oaks.

National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009, *Depression: the treatment and management of depression in adults*, National Institute for Health and Clinical Excellence, Royaume Uni.

Ricketts, T., Saul, C. et al., 2003, Evaluating the development, implementation and impact of protocols between primary care and specialist mental health services, *Journal of mental Health*, 12(4), 369-383.

Seekles, W., Van Straten, A. et al., 2009, Stepped care for depression and anxiety: from primary care to specialized mental health care: a randomised controlled trial testing the effectiveness of a stepped care program among primary care patients with mood and anxiety disorders, *BMC Health Services Research*, 9 (90).

Von Korff, M., 2000, Individualized stepped care of chronic illness, *Culture and Medicine*, 172, 133-137.

Chapitre 7: Discussion

Ce chapitre débute par une triangulation des résultats avec la littérature scientifique sur le sujet. Puis, les limites de cette étude sont discutées. Finalement, une généralisation du modèle de soins hiérarchisés et du modèle théorique, comprenant les facteurs clés et les écueils à éviter pour faciliter l'implantation d'un modèle de soins hiérarchisés, est présentée.

7.1 Triangulation des résultats avec la littérature scientifique sur le sujet

Les résultats de ce projet de recherche confirment ceux des études présentées dans la recension des écrits^{7,8,24,25}. Dans un premier temps, les résultats de ce projet de recherche sont en accord avec ceux identifiés dans l'étude de Kaner et collaborateurs⁷. Dans cette dernière, les facteurs influençant l'implantation d'un modèle de soins hiérarchisés sont classés à l'intérieur de trois catégories interreliées : les moyens utilisés pour présenter et mettre en place le modèle, les caractéristiques du modèle et son utilisation et le contexte d'implantation. La figure suivante illustre le modèle théorique de cette étude.

Figure 5 : Modèle théorique de Kaner et collaborateurs (2003)

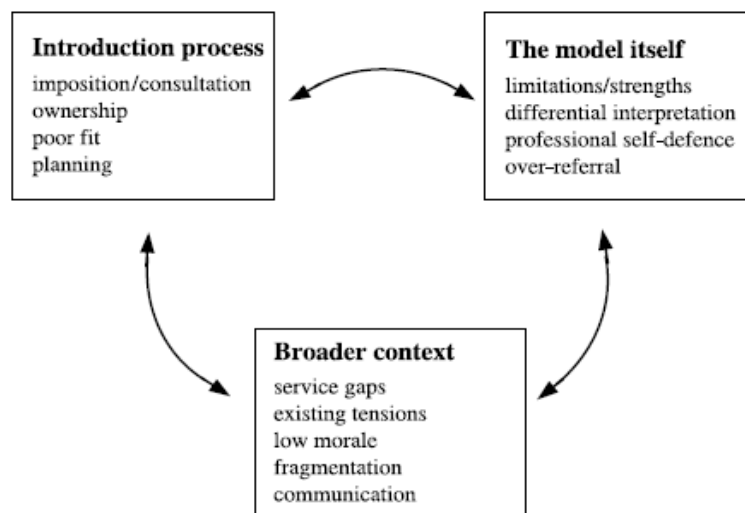


Figure tirée de Kaner, E. et collaborateurs (2003). Implementation of a model for service delivery and organisation in mental healthcare: a qualitative exploration of service provider views. *Health and social care in the community*, 11(6): 519-527.

Les facteurs identifiés dans cette recherche peuvent également être catégorisés selon les variables du modèle théorique de Champagne (2002). De ce fait, les stratégies de gestion du changement (planification, consultation des cliniciens, mécanismes de présentation du modèle) et les ressources humaines (démoralisation et pratiques défensives des cliniciens) font partie de la variable *Climat d'implantation*. L'absence ou la fragmentation des services et les mécanismes de communication et de référence en place sont inclus dans la variable *Structure*. De leurs côtés, la présence de tensions et les perceptions face au modèle de soins hiérarchisés (limites et forces perçues, interprétation du modèle) se retrouvent respectivement dans les variables *Confiance régnant dans le réseau* et *Compatibilité du changement avec les valeurs en place*. Finalement, l'appropriation du modèle par les cliniciens peut être incluse dans la variable *Implication des acteurs*. Outre la démoralisation des cliniciens, ces facteurs ont été identifiés dans le présent projet de recherche. Cependant, le modèle théorique de l'étude de Kaner et collaborateurs ne met pas en relief l'importance des processus d'apprentissage et du leadership présents sur l'implantation d'un modèle de soins hiérarchisés. De plus, peu d'emphase est mis sur la qualité des relations entre les différents dispensateurs de soins (perceptions face aux autres organisations et présence de collaboration et d'une culture de travail en réseau).

Ensuite, les résultats de ce projet de recherche correspondent à ceux identifiés par Ricketts et collaborateurs⁸. Ainsi, dans cette étude descriptive, les facteurs influençant l'implantation d'un modèle de soins hiérarchisés sont classés selon différentes catégories : le leadership présent et le soutien des gestionnaires, la disponibilité des ressources et les compétences des cliniciens, la planification et les méthodes de dissémination utilisées, l'appropriation du modèle par les cliniciens et les difficultés de communication et de compréhension entre les dispensateurs de services. Ces facteurs peuvent être aisément intégrés à l'intérieur du modèle théorique de Champagne (2002). De ce fait, la planification et les méthodes de dissémination du modèle utilisées font partie de la variable *Climat d'implantation* (stratégies de gestion de changement utilisées). Il en est de même pour la disponibilité et les compétences des ressources humaines. De leurs côtés, les difficultés de communication et de

compréhension entre les dispensateurs de services peuvent être respectivement classées à l'intérieur des variables *Confiance régnant dans le réseau* (présence de conflits) et *Compatibilité du changement avec les valeurs en place* (présence de visions compatibles). Pour terminer, le soutien des gestionnaires et l'appropriation des protocoles par les cliniciens sont inclus dans la variable *Implication des acteurs* tandis que le leadership présent fait partie intégrante de la variable *Apprentissage et leadership collectif*. Contrairement au modèle théorique de Champagne (2002), l'étude de Ricketts et collaborateurs prend peu en considération la structure et les processus d'apprentissage présents pour favoriser l'implantation d'un modèle de soins hiérarchisés. De plus, l'utilisation du cadre d'analyse de Champagne (2002) permet d'explicitier certaines relations entre les facteurs identifiés contrairement à cette étude descriptive.

Tout comme l'étude précédente, la recherche de Buchan et collaborateurs est une étude descriptive faisant peu de liens entre les facteurs influençant l'implantation d'un modèle de soins hiérarchisés²⁴. Dans celle-ci, les principaux facteurs identifiés sont la mécontente sur la définition des rôles des dispensateurs de soins, l'accès aux services spécialisés (mécanismes de référence et disponibilité des services), la présence de cliniciens de liaison et de soins partagés, les compétences des cliniciens et les mécanismes de communication en place. Tel qu'effectué avec les deux études précédentes, les facteurs identifiés dans cette recherche peuvent être classés à l'intérieur du modèle théorique de Champagne (2002). De ce fait, l'accès aux services spécialisés, la présence de cliniciens de liaison et de soins partagés et les mécanismes de communication en place font partie de la variable *Structure*. Aussi, les compétences des cliniciens sont incluses dans la variable *Climat d'implantation* (ressources cognitives) tandis que la mécontente sur les rôles des dispensateurs de soins se retrouve à l'intérieur de la variable *Confiance régnant dans le réseau* (présence de conflits). Il est à noter que cette recherche met principalement l'accent sur les éléments de la structure en place. Ainsi, l'influence des processus d'apprentissage et du leadership présent, de la confiance régnant dans le réseau (présence de collaboration, perceptions face aux autres établissements), de la

compatibilité du changement avec les valeurs en place (culture de travail en réseau, perceptions face au modèle) et de l'implication des acteurs est peu relevée dans cette étude.

Finalement, la recherche de Gask classe les facteurs influençant l'implantation d'un modèle de soins hiérarchisés en deux catégories principales : les facteurs contextuels et structurels et les attitudes et les modèles théoriques utilisés²⁵. Les facteurs contextuels et structurels identifiés sont la nature et la qualité des contacts entre les cliniciens, les incitatifs financiers présents et la distance géographique entre les organisations. Pour ce qui est des attitudes et modèles théoriques utilisés, ceux-ci incluent l'utilisation de modèles de pratique différents, la présence de visions divergentes face au modèle de soins implanté et l'absence d'une confiance mutuelle entre les établissements. Cette étude met l'emphase sur des variables présentes dans le modèle théorique de Champagne (2002), mais peu explorées par les autres recherches portant sur le sujet. Ainsi, celle-ci souligne le rôle capital joué par la présence de lieux d'apprentissage communs (*Apprentissage et leadership présents*) pour favoriser le partage des idées et le développement d'une vision commune face au modèle de soins implanté. Aussi, l'importance de la *Confiance régnant dans le réseau* (confiance mutuelle entre les établissements) et de la *Compatibilité du changement avec les valeurs en place* (présence de modèles de pratique et de visions similaires) est relevée. Néanmoins, cette recherche n'étudie pas l'influence d'autres facteurs pouvant avoir un impact important sur l'implantation d'un modèle de soins hiérarchisés tel que la structure en place et les stratégies de gestion du changement utilisées.

En somme, les résultats de ce projet de recherche sont en accord avec les résultats de la littérature scientifique sur le sujet. De plus, le modèle théorique de Champagne (2002) permet de synthétiser dans un même cadre d'analyse les résultats identifiés dans les différentes études. Aussi, ce modèle théorique permet une analyse plus exhaustive des facteurs influençant l'implantation d'un modèle de soins hiérarchisés ainsi qu'une meilleure compréhension des relations entre ceux-ci.

7.2 Limites de cette recherche

Cette recherche présente certaines limites. Tout d'abord, un nombre restreint de participants ont été sélectionnés et ceux-ci étaient impliqués de façon importante dans la mise en place du modèle de soins hiérarchisés. Ainsi, les perceptions émises par ces participants pourraient être non représentatives de l'opinion générale des cliniciens et des gestionnaires travaillant sur ce territoire. Cependant, l'utilisation d'un échantillonnage par choix raisonné a permis de sélectionner les participants qui présentaient, au moment de l'étude, la meilleure opportunité d'apprendre sur la problématique. Aussi, des biais peuvent avoir été introduits lors de la collecte de données, notamment par le fait que l'intervieweur travaille dans l'un des établissements concernés. Par conséquent, les intérêts, les enjeux politiques et les biais du chercheur et des participants peuvent avoir influencé l'entrevue et les données recueillies. Néanmoins, les efforts de validation réalisés, triangulation des sources d'informations et des méthodes de collecte de données, triangulation par la révision des données par différentes personnes et avec la littérature scientifique sur le sujet, devraient avoir diminué l'impact de ces biais.

Une autre limite de cette étude est que cette dernière a été réalisée à un moment précis de l'implantation du modèle de soins hiérarchisés. De ce fait, au moment de l'étude, l'implantation du modèle était partielle (équipe de première ligne non complète, absence de médecin spécialiste répondant en psychiatrie, transferts des clients de la deuxième ligne vers la première ligne non complétés, etc.) et depuis, de nombreux changements ont eu lieu (changement des territoires desservis par la deuxième ligne, fermeture de la possibilité d'accès direct aux services de deuxième ligne, etc.). Ainsi, une étude des facteurs contextuels influençant l'évolution du modèle de soins hiérarchisés au cours des années aurait été pertinente. Finalement, étant donné le devis de cette recherche, l'étude de cas unique, la possibilité de généralisation des résultats à des contextes d'implantation différents est limitée. Cependant, ces derniers permettent une certaine généralisation du modèle de soins

hiérarchisés et du modèle théorique utilisé, ce qui amène une meilleure compréhension de la problématique.

7.3 Généralisation du modèle de soins hiérarchisés

L'utilisation du cadre de référence de cette étude permettant de comparer le modèle de soins hiérarchisés implanté aux modèles de soins en étapes peut faciliter l'analyse des composantes de celui-ci et permettre l'identification des éléments à y intégrer pour favoriser l'implantation d'un modèle de soins et de services basé sur les données probantes. Ainsi, la présence d'une approche populationnelle permet de répondre à la majorité des besoins de santé mentale de la population. De plus, la dévolution de la responsabilité populationnelle au CSSS a modifié la distribution du leadership entre les établissements en ce qui concerne l'évaluation des services à mettre en place. De ce fait, les établissements auraient avantage à effectuer une évaluation commune des besoins populationnels pour favoriser le développement des services requis mais non offerts présentement et s'assurer de la continuité et de la complémentarité des services entre les différents établissements. Également, les établissements devraient travailler en collaboration à l'introduction de critères d'évaluation objectifs, ce qui permettrait d'uniformiser les définitions des clients devant être pris en charge par les différents dispensateurs de soins et de mieux déterminer le niveau de services requis par les clients évalués au guichet d'accès en santé mentale. Cela permettrait d'atténuer les difficultés vécues actuellement lors de l'orientation de ces clients.

Aussi, les établissements devraient étudier la possibilité d'introduire des guides de pratique spécifiant les interventions démontrées efficaces à privilégier à chacune des étapes du continuum. Ainsi, ces derniers guideraient de façon plus objective les cliniciens lors du choix des interventions et structureraient celles-ci, favorisant par le fait-même une meilleure efficacité. Dans le même ordre d'idées, la mise en place d'une évaluation continue de la réponse au traitement permettrait de s'assurer de l'adéquation du traitement offert aux besoins des clients et favoriserait l'utilisation des interventions les plus simples en accord avec ceux-ci, ce qui améliorerait

l'efficacité des services offerts. Il est à noter que l'ensemble des participants à cette étude se sont montrés ouverts à l'utilisation d'un modèle de soins en étapes. De ce fait, les principaux avantages soulevés à l'implantation d'un modèle de soins en étapes ont été la présence de critères d'évaluation objectifs facilitant l'orientation des clients, la possibilité de structuration et de gradation des interventions à privilégier selon des données probantes et la présence d'une évaluation continue de la réponse au traitement.

7.4 Généralisation du modèle théorique

Le modèle théorique de cette étude permet d'identifier de nombreux facteurs contextuels sur lesquels porter une attention particulière lors de l'implantation d'un modèle de soins hiérarchisés. Premièrement, en ce qui a trait au climat d'implantation, il s'avère important d'actualiser les transferts de cliniciens et/ou de budgets vers la première ligne afin de permettre le développement d'une offre de services complète. Ainsi, le développement d'une première ligne forte permettrait l'optimisation de l'utilisation des ressources spécialisées en deuxième ligne. Aussi, il est essentiel de faciliter l'amélioration constante de la compétence des cliniciens de la première ligne (notamment les médecins omnipraticiens) et de faciliter leur formation aux interventions basées sur les données probantes puisque ceux-ci sont à la base du modèle de soins hiérarchisés. Également, l'utilisation des données probantes par les gestionnaires lors de la planification de la mise en place du modèle de soins hiérarchisés se révèle un élément important à prendre en considération puisque cette dernière aurait permis d'éviter certaines difficultés vécues actuellement sur le terrain, notamment en ce qui concerne l'orientation des clients vers les différents niveaux de services.

Du côté de la structure en place, une uniformisation des critères et des mécanismes de référence est à privilégier pour atténuer les mésententes potentielles entre les établissements. Dans le même ordre d'idées, une harmonisation du rôle attendu du guichet d'accès dans l'évaluation et l'orientation des clients est à prévoir. Il est à

noter que, selon le PASM, la décision de l'orientation des clients vers le niveau de services approprié relève des fonctions du guichet d'accès en santé mentale et non des établissements de deuxième ligne. De ce fait, les mécanismes de références en place entre le CSSS et l'établissement A sont en conformité avec le PASM contrairement à ceux existant entre le CSSS et l'établissement B. De plus, la présence de cliniciens de liaison en première ligne, tel que développé actuellement en deuxième ligne, pourrait faciliter la mise en place du modèle de soins hiérarchisés. Ainsi, celle-ci faciliterait le suivi et l'arrimage avec les médecins omnipraticiens et les établissements de deuxième ligne et permettrait aux cliniciens du guichet d'accès de traiter plus rapidement les demandes d'évaluation. Des efforts doivent également être consentis pour favoriser une bonne communication entre les cliniciens du guichet d'accès et les cliniciens de liaison de deuxième ligne. Pour ce faire, des réunions cliniques et des évaluations conjointes des clients problématiques pourraient être mises en place. De ce fait, ces activités diminueraient certains irritants vécus actuellement et favoriseraient, par la même occasion, le développement d'une vision commune des clients devant être suivis par les différents niveaux de services. Également, l'implantation de protocoles d'entente permettrait de formaliser et de standardiser les mécanismes de référence en place, ce qui faciliterait le partenariat entre les établissements. Finalement, un souci constant d'amélioration du soutien offert à la première ligne, tel que la mise en place du rôle de médecin spécialiste répondant, doit être maintenu afin de favoriser la réussite de l'implantation du modèle de soins hiérarchisés.

En ce qui a trait aux processus d'apprentissage et au leadership présents, la présence d'une concertation et d'un leadership collectif entre les établissements et la mise en place de lieux d'apprentissages collectifs permettant la discussion et l'expérimentation du modèle de soins hiérarchisés représentent des éléments clés d'une implantation réussie. Cependant, les pressions créées par l'Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal pour rencontrer les objectifs fixés par le PASM pourraient troubler l'implantation progressive du modèle de soins hiérarchisés mise en place pour respecter les capacités actuelles des établissements impliqués. Aussi, il

pourrait s'avérer profitable d'inclure des cliniciens de l'établissement B aux discussions ayant lieu actuellement entre les cliniciens travaillant à l'interface première/deuxième ligne de l'établissement A et du CSSS. Ceci permettrait une uniformisation des critères de référence entre les établissements et le développement d'une vision commune des clients devant être suivis par les différentes lignes de service. De plus, le projet de pairage mis en place entre certains cliniciens de la première ligne et de la deuxième ligne devrait être élargi afin de favoriser la reconnaissance des réalités vécues par les différents milieux et le développement d'une culture de travail en réseau.

Ensuite, il s'avère important de régler les différentes sources de mésententes entre les niveaux de service. Ainsi, une clarification des rôles des différents cliniciens et des services pouvant être offerts est à effectuer afin de favoriser la collaboration inter-établissements. Aussi, tel que vu précédemment, des efforts doivent être consentis pour favoriser l'établissement d'une communication satisfaisante entre les cliniciens travaillant à l'interface première/deuxième ligne. De plus, les gestionnaires de l'établissement A auraient avantage à travailler à l'amélioration des perceptions des cliniciens de la première ligne face à leur philosophie de soins (psychiatrie générale en soutien à la première ligne) et aux services offerts. Il est à noter que l'uniformisation des critères et des mécanismes de référence devrait également faciliter le changement de perceptions des cliniciens de la première ligne face aux différents établissements de deuxième ligne.

Dans le même ordre d'idées, la présence d'une perception positive face au modèle de soins hiérarchisés implanté et d'une volonté commune des différents établissements à s'impliquer positivement dans l'implantation du modèle se révèlent être des éléments à maintenir. Cependant, des efforts doivent être consentis pour parfaire le développement d'une culture de travail en réseau. Ainsi, les cliniciens travaillant à l'interface entre la première et la deuxième ligne devraient être amenés à se considérer comme faisant partie d'une même équipe. La mise en place de discussion de cas et d'évaluations conjointes, tel que discuté précédemment, devrait favoriser le

développement de cette vision. De plus, la culture de travail en réseau entre l'établissement A et B reste également à améliorer afin de favoriser le développement d'une complémentarité des services de deuxième ligne et de permettre, dans une perspective populationnelle, un accès équitable à une gamme complète de services spécialisés.

Pour terminer, certaines pistes de réflexion sont à considérer pour faciliter l'implication des différents acteurs. Ainsi, des efforts doivent être consentis afin de favoriser l'intégration des omnipraticiens au modèle de soins hiérarchisés étant donné leur rôle primordial à l'intérieur de celui-ci. De ce fait, il s'avère important de les informer sur le PASM, les processus de référence et les différents services offerts. Aussi, leur adhésion au modèle pourrait être facilitée par une meilleure connaissance des services offerts en première ligne car ceux-ci représentent un soutien et une valeur ajoutée au suivi médical de première ligne des clients ayant un trouble mental. Finalement, il est primordial de favoriser le soutien des différents cliniciens au modèle de soins hiérarchisés. Pour ce faire, il est important de maintenir des lieux de discussion avec les cliniciens impliqués, d'être à l'écoute des difficultés vécues sur le terrain et de faciliter la résolution rapide de celles-ci. De plus, l'intégration de cliniciens dans certains comités concernant l'implantation du modèle de soins hiérarchisés serait à privilégier pour favoriser leur inclusion aux processus décisionnels et leur adhésion au modèle.

En somme, les résultats de cette étude permettent plusieurs généralisations pouvant être utiles aux gestionnaires. Ainsi, le cadre de référence comparant le modèle de soins implanté aux modèles de soins en étapes peut guider ces derniers dans l'identification des éléments à intégrer à leur modèle afin d'implanter un modèle de soins basé sur les données probantes. À long terme, l'implantation d'un tel modèle devrait favoriser une plus grande efficacité et une meilleure qualité des soins. De son côté, l'utilisation du modèle théorique de Champagne permet une analyse exhaustive des facteurs influençant l'implantation d'un modèle de soins hiérarchisés. Ce dernier identifie de nombreux facteurs contextuels sur lesquels porter une attention particulière lors de

l'implantation d'un modèle de soins hiérarchisés, ce qui permet d'identifier des pistes de solution afin d'améliorer la continuité et la complémentarité des services et l'utilisation optimale des ressources des différents niveaux de services. Il est à noter que les cadres de référence et d'analyse de cette étude peuvent être utilisés par les gestionnaires de tout pays puisque ceux-ci sont globaux et permettent d'avoir une vision d'ensemble des facteurs contextuels influençant l'implantation d'un modèle de soins hiérarchisés. Ainsi, leur transposition à chacun des contextes particuliers de soins et de services est aisée.

Chapitre 8 : Conclusion

L'inadéquation entre les besoins populationnels et les services offerts représente une problématique vécue dans de nombreux pays. Plusieurs facteurs peuvent expliquer celle-ci dont l'organisation des services en place. Cette étude de cas a permis de comparer le modèle de soins et de services implanté sur un territoire de CSSS montréalais à l'un des modèles organisationnels prometteurs pour remédier à cette problématique et améliorer l'efficacité des services proposés: les modèles de soins en étapes. En effet, l'utilisation d'un modèle de soins en étapes facilite l'évaluation et l'orientation des clients vers les différents niveaux de service. De plus, la spécification et la gradation des interventions selon les données probantes favorisent une meilleure efficacité des services. Aussi, la présence d'une évaluation continue de la réponse au traitement permet de s'assurer de l'adéquation des services offerts aux besoins des clients. Cependant, des recherches devront être effectuées afin d'évaluer l'efficacité et l'efficacité des modèles de soins en étapes dans leur entier comparativement aux modèles de soins traditionnels, ce qui a été peu fait jusqu'à maintenant. Également, il pourrait s'avérer utile d'étudier la satisfaction de la clientèle face à ce modèle de soins et de services.

De son côté, l'utilisation du modèle théorique de cette recherche a permis de dégager de nombreux facteurs favorisant ou entravant l'implantation du modèle de soins hiérarchisés et de mieux comprendre les liens entre ceux-ci, ce qui permet une meilleure compréhension de la problématique. Ainsi, l'étude de ces facteurs a permis d'identifier des pistes de solutions afin d'améliorer l'accessibilité, la complémentarité et la continuité des services offerts. Globalement, la mise en place d'un modèle de soins hiérarchisés est un défi que les différents acteurs impliqués ont su relever malgré la présence de difficultés inhérentes à l'implantation d'un changement majeur. En effet, la présence de concertation et d'un leadership collectif entre les établissements et la mise en place de lieux d'apprentissage collectifs permettant la discussion et l'expérimentation du modèle de soins hiérarchisés sont des éléments laissant entrevoir sa réussite à long terme. D'ailleurs, depuis la fin de la collecte de données, l'implantation du modèle de soins hiérarchisés se poursuit à bon rythme sur ce territoire et des efforts soutenus sont consentis afin de s'assurer de son succès. En

somme, l'utilisation des cadres de référence et d'analyse de cette étude peut guider les gestionnaires sur les principaux enjeux à considérer pour favoriser l'implantation d'un modèle de soins permettant d'améliorer l'efficacité des services offerts et leur adéquation avec les besoins populationnels.

Sources documentaires

1. Kairouz, S., Boyer, R., Nadeau, L. Perreault, M. et Fiset-Laniel, J.(2008). Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2). Institut de la statistique du Québec. Québec.
2. Organisation mondiale de la santé (2008). Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale : Élargir l'accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives. Organisation mondiale de la Santé. Genève.
3. Benigeri, M. et al. (2007). L'utilisation des services de santé mentale par les Montréalais en 2004-2005. Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal. Montréal.
4. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2005). Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens. Québec.
5. Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal (2007). Mise en œuvre à Montréal du Plan d'action en santé mentale 2005-2010. Montréal.
6. Leutz, W.N. (1999). Five laws for integrating medical and social services: Lessons from the United States and the United Kingdom. *The Milbank Quarterly*, 77(1): 77-110.
7. Kaner, E. et al. (2003). Implementation of a model for service delivery and organisation in mental healthcare: a qualitative exploration of service provider views. *Health and social care in the community*, 11(6): 519-527.
8. Ricketts, T., Saul, C., Newton, P. et Brooker, C. (2003). Evaluating the development, implementation and impact of protocols between primary care and specialist mental health services. *Journal of mental Health*, 12(4): 369-383.
9. Collectif (2008). *Petit Larousse illustré 2008*. Éditions Larousse. Paris.
10. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2004). *Projet clinique. Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Document principal*. Québec.
11. Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal. (2008). *Abrégé du Plan d'action ministériel en santé mentale 2005-2010. La force des liens*. Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal. Montréal.
12. Von Korff, M. (2000). Individualized stepped care of chronic illness. *Culture and Medecine*, 172: 133-137.
13. Bower, P. et Gilboldy, S. (2005). Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. *British Journal of Psychiatry*, 186: 11-17.
14. Katon, WJ. et Seelig, M. (2008). Population-based care of depression: team care approaches to improving outcomes. *Journal of Occupational and Environmental Medecine*, 50(4): 459-467.
15. Seekles, W., Van Straten, A., Beekman, A. Van Marwijk, H. et Cuijpers, P. (2009). Stepped care for depression and anxiety: from primary care to specialized mental health care: a randomised controlled trial testing the effectiveness of a stepped care program among primary care patients with mood and anxiety disorders. *BMC Health Services Research*, 9(90).

16. Draper, B., Brodaty, H. et Lee-Fay, L. (2006). A tiered model of psychogeriatric service delivery: an evidence-based approach. *International journal of geriatric psychiatry*, 21: 645-653.
17. Judd, F. et al. (2004). Rural integrated primary care psychiatry programme: a systems approach to education, training and service integration. *Australasian Psychiatry*, 12 (1):42-47.
18. National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). *Depression: the treatment and management of depression in adults*. Royaume Uni.
19. Dorval, D. et Lavoie, S. (2009). Principales caractéristiques de la population du CSSS Lucille-Teasdale. Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal, Montréal.
20. Dupont, M., Gratton, J. et Massie, J. (2006). Portrait sociosanitaire de la population du CSSS Lucille-Teasdale. Description du milieu socioéconomique et déterminants de l'état de santé. Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal. Montréal.
21. Pampalon, R. et Raymond, G. (2000) Un indice de défavorisation pour la planification de la santé et du bien-être au Québec. *Maladies Chroniques au Canada*, 21(3) : 113-122.
22. Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal (2006). Chiffres clés de la situation sociosanitaire du CSSS Lucille-Teasdale. Agence de la Santé et des Services sociaux. Montréal.
23. Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal (2008). Trousse d'information-Avril 2008. Portrait sommaire de l'utilisation des services de santé mentale par les résidents du territoire du CSSS Lucille-Teasdale en 2005-2006. Agence de la Santé et des Services sociaux. Montréal.
24. Fleury, M-J. et Ouadahi, Y. (2002). Stratégies d'intégration des services en réseau, régulation et moteurs d'implantation de changement. *Santé mentale au Québec*, 27(2) : 16-36.
25. Buchan, T. et Boldy, D.P. (2004). Improving mental health services in a local area: an exploratory study. *Australian health review*, 28(3): 292-300.
26. Gask, L. (2005). Overt and covert barriers to the integration of primary and specialist mental health care. *Social Science and Medicine*, 61(8): 1785-1794.
27. Lester, H., Glasby, J. et Tylee, A. (2004). Integrated primary mental health care: threat or opportunity in the new NHS? *British Journal of General Practice*, 54: 285-291.
28. Fleury, M-J. (2006). Integrated service networks : the Quebec case. *Health services Management research*, 19: 153-165.
29. Champagne, F. (2002). La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Étude no 39.
30. Majone, G. et Wildavsky A. (1978). Implementation as Evolution. *Policies Studies Review Annual*, 2:103-117.
31. Scheirer, M.A. (1981). *Program Implementation : The Organizational Context*. SAGE. Beverly Hills, Californie.

32. Berman, P. (1980). Thinking about Programmed and Adaptive Implementation : Matching Strategies to Situations. In Mann. D et Ingram H. Why Policies Succeed and Fail. SAGE. Beverly Hills, Californie.
33. Goodman, P.S. et Kurke, L.B. (1982). Studies of Change in Organizations : A Status Report. In Goodman et coll. Change in Organizations. Jossey-Bass publication. San Francisco.
34. Herman-Taylor, R.J. (1985). Finding new ways of overcoming resistance to change. In Pennings et coll. Organizational Strategy and Change. Jossey-Bass publication, San Francisco.
35. Demers, C. (1999). De la gestion du changement à la capacité de changer. L'évolution de la recherche sur le changement organisationnel de 1945 à aujourd'hui, *Gestion*, 24(3): 131-139.
36. Bareil, C. et Savoie, A. (1999). Comprendre et mieux gérer les individus en situation de changement organisationnel. *Gestion*, 24(3): 86-94.
37. Pierce, J.L. et Delbecq, A.L. (1977). Organization structure, individual attitudes and innovation. *Academy of management review*, 2: 27-36.
38. Kimberley, J.R. et Evanisko, M. (1981). Organizational innovation : The influences of individual, organizational, and contextual factors on hospital adoption of technological and administrative innovations. *Academy of Management Journal*, 24: 689-713.
39. Champagne F., Denis, J.L., Pineault, R. et Contandriopoulos, AP. (1991). Structural and political models of analysis of the introduction of an innovation in organizations: The case of the change in the method of payment of physicians in long term care hospitals. *Health services management research*, 4(2): 94-111.
40. Hage, J.T. (1999). Organizational Innovation and Organizational Change. *Annual Review of Sociology*, 25: 597-622.
41. Powell, W.W. et DiMaggio, P. (1991). The new institutionalism in organizational analysis. University of Chicago Press. Chicago.
42. Fiol, C.M. (1994). Consensus, diversity and learning in organizations. *Organization Science*, 5: 403-420.
43. Huber, G.P. (1991) Organizational Learning: An examination of the contributing processes and the literatures, *Organization Science*, 2: 88-115.
44. Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, AP. et Hartz, Z. (2009). L'évaluation : Concepts et Méthode. Les presses de l'Université de Montréal. Montréal.
45. Patton, M. (2002). Qualitative research and evaluation methods. Third edition. SAGE publications. Thousand oaks. 598 p.
46. Love, A. (2005). Implementation evaluation *in* Wholey, J, Hatry, H. et Newcomber, K. (2005). Handbook of practical program evaluation. Second edition. Jossey-Bass. Californie. 720 p.
47. Yin, R. (2009). Case study research: Design and Methods. Fourth edition SAGE publications. Thousand oaks. 219 p.
48. Stake, R. E. (1995). The art of case study research. SAGE publications. Californie. 175 p.

49. Stake, R. (2005). Qualitative case studies *in* Denzin, N. et Lincoln, Y. The SAGE handbook of qualitative research. Third edition. SAGE publications. Thousand Oaks. 1210 p.
50. Contandriopoulos, AP, Champagne, F., Potvin, L, Denis, JL et Boyle, P. (1990). Savoir préparer une recherche : la définir, la structurer, la financer. Les presses de l'Université de Montréal. Montréal.
51. Marshall, C. et Rossman, G. (2006). Designing qualitative research. Fourth edition. SAGE publications. Californie. 262 p.
52. Crabtree, B. et Miller, W. (1999). Doing qualitative research. Second edition. SAGE publications. Thousand Oaks. 406 p.
53. Warren, C. (2002). Qualitative interviewing *in* Gubrium, J et Holstein, J. Handbook of interview research. Context and method. SAGE publications. Thousand Oaks. 981 p.
54. Rubin, H, et Rubin, I. (1995). Qualitative interviewing. The art of hearing data. SAGE publications. Thousand Oaks. 302 p.
55. Johnson, J. (2002). In-depth interviewing *in* Gubrium, J et Holstein, J. Handbook of interview research. Context and method. SAGE publications. Thousand Oaks. 981 p.
56. Miles, M. et Huberman, A. (1994). An expanded sourcebook. Qualitative data analysis. SAGE publications. Thousand Oaks. 338 p.
57. Boyatzis, R. (1998). Thematic analysis and code development. Transforming qualitative information. SAGE publications. Thousand Oaks. 184 p.

Annexe 1: Outil d'évaluation des troubles dépressifs du modèle de soins en étapes du NICE (Tiré du *National Institute for Health and Clinical Excellence* (2009). *Depression: the treatment and management of depression in adults*. Royaume Uni.)

Diagnosis of a depressive/major depressive episode

The criteria for diagnosing depressive episodes in ICD-10 and DSM-IV overlap considerably but have some differences of emphasis. In ICD-10 the patient must have two of the first three symptoms (depressed mood, loss of interest in everyday activities, reduction in energy) plus at least 2 of the remaining 7 symptoms, whilst in DSM-IV the patient must have five or more out of 9 symptoms with at least at least one from the first two (depressed mood and loss of interest). Both diagnostic systems require symptoms to have been present for at least 2 weeks to make a diagnosis (but can be shorter in ICD10 if symptoms are unusually severe or of rapid onset). In both ICD-10 and DSM-IV the symptoms must result in impairment of functioning which increases with the episode severity. Table 1 compares the symptoms required in ICD-10 and DSM-IV.

Table 1 Comparison of depression symptoms in ICD-10 and DSM-IV

ICD-10	DSM-IV major/minor depressive disorder
Depressed mood*	Depressed mood by self-report or observation made by others*
Loss of interest*	Loss of interest or pleasure*
Reduction in energy*	Fatigue/loss of energy
Loss of confidence or self-esteem	Worthlessness/excessive or inappropriate guilt
Unreasonable feelings of self-reproach or inappropriate guilt	

Recurrent thoughts of death or suicide	Recurrent thoughts of death, suicidal thoughts or actual suicide attempts
Diminished ability to think/concentrate or indecisiveness	Diminished ability to think/concentrate or indecisiveness
Change in psychomotor activity with agitation or retardation	Psychomotor agitation or retardation
Sleep disturbance	Insomnia/hypersomnia
Change in appetite with weight change	Significant appetite and/or weight loss

* core symptoms

Determining severity of a depressive/major depressive episode

Both ICD-10 and DSM-IV classify clinically important depressive episodes as mild, moderate and severe based on the number, type and severity of symptoms present and degree of functional impairment. Table 2 shows the number of symptoms required by each diagnostic system which are less specific DSM-IV. The prescriptive symptom counting approach of ICD-10 tends to lend itself to using symptom counting alone to determine severity.

Table 2 Number of symptoms required in ICD-10 and DSM-IV for a diagnosis of depressive episode/major depression (but note they also need assessment of severity and functional impairment to ascertain diagnosis and severity)

	ICD-10 depressive episode	DSM-IV major depression
Mild	4	Minimal above the minimum (5)
Moderate	5-6	Between mild and severe
Severe	7+	Several symptoms in excess of 5

As ICD-10 requires only 4 symptoms for a diagnosis of a mild depressive episode, it can identify more people as having a depressive episode compared with a DSM-IV major depressive episode. One study in primary care in Europe identified 2 to 3 times more people as depressed using ICD-10 criteria compared with DSM-IV (11.3% v 4.2%) (Wittchen *et al.*, 2001). However another study in Australia (Andrews *et al.*, 2008) found similar rates using the two criteria (6.8% v 6.3%) but slightly different populations were identified (83% concordance) which appears to be related to the need for only one of 2 core symptoms for DSM-IV but 2 out of 3 for ICD-10. These studies emphasise that, although similar, the two systems are not identical and that this is particularly apparent at the threshold taken to indicate clinical importance.

Duration

The duration of a depressive episode can vary considerably between individuals. The average course of an untreated depressive episode is between 6 and 8 months with much of the improvement occurring in the first 3 months, and 80% recovered by one year (Coryell *et al.*, 1994). There is evidence to suggest that patients who do not seek treatment for their depression may recover more quickly than those who seek but do not receive treatment (Posternak *et al.*, 2006). There is also some evidence to suggest that people who do not seek help have a shorter mean duration of depressive episode (Posternak *et al.*, 2006).

Traditionally the minimum duration of persistent symptoms for major depression is 2 weeks and for chronic depression (or dysthymia) 2 years. These conventional definitions have been adopted in the absence of good evidence as there is only a modest empirical base for the minimum duration (for example, Angst & Merikangas, 2001) and none that we could find for the 'cut-off' between acute and chronic depression. As with severity, duration is better thought of as a dimension with a decreased likelihood of remission with increasing chronicity over a given time frame (Van *et al.*, 2008). The conventional criteria are therefore better viewed as guides rather than cut-offs. It is likely that the minimum duration after which therapy provides more benefit than occurs by spontaneous improvement is somewhat longer than 2

Other symptoms

- 7) feelings of worthlessness or excessive or inappropriate guilt (which may be delusional) nearly every day (not merely self-reproach or guilt about being sick)
- 8) diminished ability to think or concentrate, or indecisiveness, nearly every day
- 9) recurrent thoughts of death (not just fear of dying), recurrent suicidal ideation without a specific plan, or a suicide attempt or a specific plan for committing suicide

The symptoms are not due to the direct physiological effects of a substance (for example,, a drug of abuse, a medication) or a general medical condition (for example,, hypothyroidism) or better accounted for by Bereavement.

There is evidence that doctors have difficulty in remembering the nine DSM-IV depressive symptoms (Krupinski & Tiller, 2001; Rapp & Davis, 1989) which has important implications for the application of these criteria. In addition there is need to be able consistently diagnose depression in patients where physical symptoms may be due to medical illness. Zimmermann and colleagues (2006) and Andrews and colleagues (2008) have demonstrated that, compared with the diagnosis using the full DSM-IV criteria, there is a high agreement (94%-97%) and good sensitivity (93%) and specificity (95-98%) when a cut-down list (excluding the 4 somatic symptoms) is used with a requirement for 3 out of the remaining 5 symptoms.

It is therefore possible to use an abridged list, first asking about the two core symptoms of depression:

- 1) Persistent depressed mood
- 2) Markedly diminished interest or pleasure

Then if either or both are present going on to ask about:

- c) Feelings of worthlessness or guilt
- d) Impaired concentration
- e) Recurrent thoughts of death or suicide

Three or more symptoms indicate a very high probability of major depression. This does not however replace the need to go on to assess somatic symptoms as an aid to determining severity and to help judge subsequent response to treatment. This limits the usefulness of the abridged list in practice and it may be most useful when there are confounding somatic symptoms due to physical illness.

a) Severity

While recognising that severity is not a unitary dimension it is practically useful to make a judgement of severity consisting at least of number of symptoms, severity of individual symptoms and functional impairment. This leads to a classification of depression into the following severity groupings based on DSM-IV criteria which should be viewed as exemplars not discrete categories. In the guideline the term depression refers to major depression:

- subthreshold depressive symptoms (fewer than 5 symptoms of depression).
- mild depression (few, if any, symptoms in excess of the 5 required to make the diagnosis, and the symptoms result in only minor functional impairment).
- moderate depression (symptoms or functional impairment are between 'mild' and 'severe')
- severe depression (most symptoms, and the symptoms markedly interfere with functioning).

In addition psychotic symptoms can occur and are usually associated with severe depression.

Symptom severity and degree of functional impairment correlate highly (for example, Zimmerman *et al.*, 2008) but in individual cases this may not be the case and some mildly symptomatic individuals may have marked functional impairment while some people who are severely symptomatic may, at least for a time, maintain good function, employment etc.

b) Duration

By convention the duration of persistent symptoms is required to be at least 2 weeks and once they have persisted for 2 years or more they are called chronic in the case of major depression or dysthymia in the case of subthreshold depressive symptoms. While the specific values may not be particularly helpful there are insufficient empirical data to change these.

1) **Acute** – meeting one of the severity criteria for a minimum of 2 weeks and not longer than 2 years

2) **Chronic** – meeting one of the severity criteria for longer than 2 years

Given that the cut-off of 2 years is arbitrary it is best in practice to consider the specific duration and degree of persistence of symptoms for an individual in the context of the severity and course of the disorder.

c) Course

This was not explicitly considered as a classificatory issue in the last guideline but it has important treatment implications, particularly for the likelihood of relapse/recurrence.

1) Number of lifetime depressive episodes and the interval between recent episodes. The number varies from a single/first episode to increasingly frequent recurrences. At least two months of full or partial remission is required to distinguish episodes.

2) Stage of episode. This refers to where an individual is in the course of their depression. In an episode it is useful to determine if the depression is worsening, static

or improving and whether subthreshold depressive symptoms may reflect partial remission from prior major depression.

Conventionally classification has distinguished between a single episode and two or more episodes (recurrent depression) irrespective of how long there has been between episodes and how many recurrences have occurred. However someone who has had two episodes separated by decades has a different clinical course to someone with three episodes in a few years and therefore noting the number of episodes and their recent pattern is important. There is uncertainty as to how long, and how well, an individual needs to be to distinguish between different episodes of depression and a fluctuating course of a single episode. In practice this is less important than recognising the risk of persistent symptoms and of major depressive relapse/recurrence.

Annexe 2: Lettre de présentation du projet de recherche aux participants

Montréal le 15 mars 2010,

Madame XXX,
Gestionnaire ou clinicien

Objet : Recherche sur les facteurs contextuels influençant la mise en place d'une hiérarchisation des services en santé mentale à l'intérieur de votre CSSS

Madame,

C'est avec plaisir que nous vous invitons à participer à cette recherche. En effet, vous avez été identifiée comme un informateur-clé pouvant nous aider à définir les facteurs contextuels influençant l'implantation d'un modèle de hiérarchisation des soins et des services à l'intérieur de votre CSSS . Votre implication dans ce projet de recherche consistera à prendre part à une entrevue individuelle avec la candidate à la maîtrise en santé communautaire au cours de laquelle vous serez interrogée sur vos perceptions face à la hiérarchisation des soins et des services en santé mentale sur votre territoire. Les données recueillies lors de cette entrevue seront traitées de façon confidentielle. Les résultats de cette étude permettront d'avoir une meilleure compréhension de la situation actuelle et identifieront des pistes de solutions à mettre en place afin d'améliorer les soins et les services offerts à la population de votre CSSS.

La candidate à la maîtrise vous contactera par téléphone prochainement afin de répondre à vos interrogations concernant ce projet de recherche et de s'enquérir de votre participation à celui-ci. Dans le cas d'une réponse affirmative de votre part, une rencontre d'environ 90 minutes sera alors planifiée selon vos disponibilités.

Nous avons joint à cette lettre un exemplaire de la mise en œuvre à Montréal du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 de l'Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal. Nous vous demandons de prendre connaissance de ce document avant la rencontre avec la candidate à la maîtrise.

Nous espérons pouvoir compter sur votre participation pour ce projet de recherche.

Veillez recevoir l'expression de nos cordiales salutations

Véronique Wilson
Candidate à la maîtrise
en santé communautaire
Université de Montréal
Tel : 514-xxx-xxxx poste xxxx

Louise Fournier
Professeur agrégée
Université de Montréal
Tel : 514-xxx-xxxx poste xxxx

Annexe 3 : Guide d'entrevue utilisé

Introduction

Au cours des dernières années, de nombreux pays se sont penchés sur la problématique de l'inadéquation entre les besoins populationnels et les soins offerts en santé mentale. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette inadéquation dont l'organisation des services en place. L'une des solutions proposées pour remédier à cette problématique et augmenter l'efficacité des soins offerts est l'établissement d'un modèle organisationnel proposant une hiérarchisation des soins et des services. Au Québec, le MSSS a élaboré le PASM 2005-2010 dans lequel est inclus un modèle de hiérarchisation de soins et des services. L'Agence de la Santé et des Services sociaux a également élaboré un modèle d'orientation des demandes selon le niveau de services requis. Les CSSS sont cependant responsables de l'implantation des orientations proposées par le PASM sur leur territoire et de la réponse adéquate aux besoins de santé de leur population.

Décrivez-moi la hiérarchisation des soins et des services de votre territoire?

Quels sont les rôles des différents établissements dans votre hiérarchisation des soins?

Selon vous, quels devraient être les clients suivis par la première ligne? Par la deuxième ligne?

Sur votre territoire, comment détermine-t-on les soins et les services devant être offerts à un client?

Présentement, quels sont les services que vous offrez à votre clientèle? Quelles sont les approches thérapeutiques privilégiées pour votre clientèle? (**Variables Compatibilité avec les valeurs, Ressources cognitives et Sensibilité à l'utilisation de connaissances**)

De ces services ou approches thérapeutiques, lesquels sont des interventions basées sur les données probantes? (**Variables Ressources cognitives et Sensibilité à l'utilisation des connaissances**)

Selon vous, quelles devraient être les interventions ou services privilégiés dans votre hiérarchisation? (**Variables Compatibilité avec les valeurs, Ressources cognitives et Sensibilité à l'utilisation de connaissances**)

Quelles devraient être les interventions ou services privilégiés par la première (ou deuxième) ligne ? (**Variables Compatibilité avec les valeurs, Ressources cognitives et Sensibilité à l'utilisation de connaissances**)

Selon vous, quels sont les facteurs qui influencent la mise en place d'interventions basées sur les données probantes? (**Variable Ressources cognitives**)

Dans votre hiérarchisation des services, comment est évaluée la réponse au traitement offert au client?

Variable : Gestion des interfaces

Quels sont les mécanismes et les services en place pour référer ou transférer un patient de la première à la deuxième ligne? Et inversement de la deuxième à la première ligne? Comment ces mécanismes et services fonctionnent-ils? Quelles sont les forces de ces mécanismes et services? Quelles sont les faiblesses de ces mécanismes et services?

Par la suite, poser des questions uniquement sur les sujets non abordés spontanément

Quels sont les mécanismes de référence entre la première et la deuxième ligne existant dans votre CSSS? Comment ces derniers fonctionnent-ils? Quels sont les obstacles rencontrés au quotidien dans l'application de ces mécanismes de référence? Quelles sont les forces de ces mécanismes de référence? Comment ces mécanismes de référence pourraient-ils être améliorés?

Existe-t-il des protocoles d'entente entre la première ligne et la deuxième ligne? Comment ces derniers fonctionnent-ils? Quels sont les obstacles rencontrés au quotidien dans l'application de ces protocoles d'entente? Quelles sont les forces de ces protocoles d'entente? Comment ces protocoles d'entente pourraient-ils être améliorés?

Dans votre CSSS, comment fonctionne le guichet d'accès unique? Quels sont les obstacles rencontrés au quotidien dans le fonctionnement du guichet d'accès? Quelles sont les forces de votre guichet d'accès? Comment ce guichet d'accès unique pourrait-il être amélioré?

Dans votre CSSS, quels sont les services de soutien apportés à la première ligne par la deuxième ligne (soins partagés, médecins spécialistes répondants en psychiatrie)? Comment ces derniers fonctionnent-ils? Quels sont les obstacles rencontrés lorsque le soutien de la deuxième ligne est demandé? Quelles sont les forces de ces services de soutien? Comment ces services de soutien pourraient-ils être améliorés?

Quels sont les mécanismes de communication en place à l'intérieur du CSSS? Comment ces derniers fonctionnent-ils? Quels sont les obstacles rencontrés lorsque vous devez entrer en communication avec les cliniciens ou les gestionnaires responsables des services dans les autres établissements? Quelles sont les forces de ces mécanismes de communication? Comment ces mécanismes de communication pourraient-ils être améliorés?

Que pensez-vous de la hiérarchisation des soins mise en place sur votre territoire?
(Variable Compatibilité du changement avec les valeurs)

Quelles sont, selon vous, les forces de cette hiérarchisation des soins?

Quelles sont, selon vous, les faiblesses de cette hiérarchisation des soins?
Comment cette hiérarchisation des soins pourrait-elle être améliorée?

Jusqu'à présent nous avons révisé votre modèle de soins hiérarchisés, nous allons maintenant discuter de son élaboration et de son implantation

Comment s'est déroulée l'élaboration de votre hiérarchisation des soins et des services? (**Variables Processus de planification de la mise en place du modèle, Implication des acteurs et Leadership**)

Sur quelles bases vous êtes-vous appuyées pour construire votre hiérarchisation des services? (**Variable Environnement institutionnel**)

Quels ont été les incitatifs présents à la mise en place de cette hiérarchisation des soins à l'intérieur de votre CSSS? (**Variable Incitations mises en place**)

Quelles ont été les personnes ou les instances impliquées dans l'élaboration de cette hiérarchisation des soins? (**Variables Processus de planification de la mise en place du modèle, Implication des acteurs et Leadership**)

Quel a été votre rôle et celui de votre établissement dans l'élaboration de cette hiérarchisation des soins? (**Variables Implication des acteurs et Leadership**)
Quelle importance a eu le PASM dans la mise en place de la hiérarchisation des services sur votre territoire? (**Variable Environnement institutionnel**)
Quel a été le rôle de l'Agence de la Santé et des Services sociaux dans la mise en place de la hiérarchisation des soins sur votre territoire? (**Variable Environnement institutionnel**)

Les professionnels ont-ils été consultés lors de l'élaboration de cette hiérarchisation? Si oui, comment? (**Variables Processus de planification de la mise en place du modèle, Implication des acteurs et Leadership**)

Comment qualifieriez-vous le mode de gestion en place dans votre établissement? (**Variables Processus de planification de la mise en place du modèle et Leadership**)

Dans l'établissement et l'implantation de la hiérarchisation des soins sur votre territoire, quels sont les personnes ou les établissements ayant fait preuve de leadership? (**Variables Leadership et Implication des acteurs**)

Comment les rôles et les responsabilités des différents établissements ont-ils été déterminés? (**Variable Processus de planification de la mise en place du modèle**)

Existe-il des désaccords à l'intérieur du CSSS en ce qui concerne la hiérarchisation des soins sur votre territoire? Quels sont-ils? **(Variable Confiance régnant dans le réseau)** Quels sont les moyens mis en place pour régler ces désaccords? **(Variables Confiance régnant dans le réseau et Apprentissage)**

Suite à l'élaboration de votre hiérarchisation des services, quels ont été les moyens utilisés pour présenter celle-ci à l'intérieur du CSSS? **(Variable Processus de planification de la mise en place du modèle)**

De quelle manière la hiérarchisation des soins a-t-elle été mise en place sur votre territoire? **(Variables Apprentissage et Leadership)**

Depuis la mise en place de votre hiérarchisation des services, quels sont les mécanismes présents pour discuter de l'implantation de la hiérarchisation des soins entre les différentes organisations? **(Variables Apprentissage et Leadership)**

Quelles modifications ont été effectuées jusqu'à maintenant? Comment ces modifications ont-elles été déterminées? Comment ont-elles été mises en place? **(Variables Apprentissage et Leadership)**

Selon vous, quelles sont les ressources humaines nécessaires pour assurer le bon fonctionnement de la hiérarchisation des soins planifiée? **(Variable Ressource humaine)**

Quelles sont les compétences et habiletés que doivent posséder les cliniciens et les gestionnaires pour implanter cette hiérarchisation des soins? **(Variables Ressources cognitives et Apprentissage)**

Que pensez-vous des ressources humaines présentement en place? **(Variables Ressources cognitives et Apprentissage)** Comment pourrait-on améliorer ces dernières? **(Variables Ressources cognitives et Apprentissage)**

Quelles sont les activités de formation offertes en lien avec la hiérarchisation des services et les interventions basées sur les données probantes? **(Variables Ressources cognitive et Apprentissage)**

Comment percevez-vous la collaboration entre les différentes organisations en ce qui concerne l'implantation de la hiérarchisation des soins? **(Variables Confiance régnant dans le réseau et Compatibilité du changement avec les valeurs)**

Quelle est votre perception de la capacité de votre établissement à mettre en application la hiérarchisation des soins? Quelles sont les forces de votre établissement? Quelles sont ses faiblesses? Comment votre capacité à mettre en application la hiérarchisation des soins pourrait-elle être améliorée? **(Variable Compatibilité du changement avec les valeurs)**

Quelle est votre perception de la capacité des autres établissements à mettre en application la hiérarchisation des soins? Quelles sont leurs forces? Quelles sont leurs faiblesses? **(Variable Confiance régnant dans le réseau)** Comment leur capacité à mettre en application la hiérarchisation des soins pourrait-elle être améliorée? **(Variable Confiance régnant dans le réseau)**

Globalement, quels sont, selon vous, les obstacles rencontrés au quotidien dans la mise en application de la hiérarchisation des services sur votre territoire?

Quels sont les éléments présents dans votre CSSS qui facilitent la mise en application de la hiérarchisation des services?

Variable : Modèle de soins en étapes

Nous allons maintenant discuter des modèles de soins en étapes, un modèle de hiérarchisation basé sur les données probantes

Connaissez-vous les modèles de soins en étapes? Si oui : Que connaissez-vous des modèles de soins en étapes? **(Variables Ressources cognitives et Sensibilité à l'utilisation des connaissances)**

Par la suite, présentez la publication du réseau Qualaxia sur les modèles de soins en étapes

Que pensez-vous des modèles de soins en étapes? **(Variables Ressources cognitives et Sensibilité à l'utilisation des connaissances)**

Quelles sont les forces de l'utilisation d'un modèle de soins en étapes? **(Variable Sensibilité à l'utilisation des connaissances)**

Quels sont les inconvénients de l'utilisation d'un modèle de soins en étapes? **(Variable Sensibilité à l'utilisation des connaissances)**

Quelles sont les différences que vous notez entre la hiérarchisation des soins mise en place sur votre territoire et les modèles de soins en étapes?

Quelles sont les ressemblances que vous notez entre la hiérarchisation des soins mise en place sur votre territoire et les modèles de soins en étapes?

Comment l'utilisation d'un modèle de soins en étapes pourrait-elle modifier la hiérarchisation des soins mise en place sur votre territoire? **(Variable Sensibilité à l'utilisation des connaissances)**

Croyez-vous que l'utilisation d'un modèle de soins en étapes serait souhaitable sur votre territoire? Pourquoi? **(Variable Sensibilité à l'utilisation des connaissances)**

Annexe 4 : Liste des codes utilisés pour l'analyse des données

1) Liste de codes préétablis

Variable : Modèle de soins hiérarchisés implanté

Variables		Code
Continuum de services		Continuum
Définition des rôles et des responsabilités des dispensateurs de services		Définition
Présence d'outils d'évaluation des besoins des clients et du niveau de services associé		Éval/besoins
Modèle basé sur une approche populationnelle		Approche
Interventions privilégiées à chacune des étapes		Int-privilégié
Interventions basées sur les données probantes		Int-probante
Présence d'outils d'évaluation de la réponse aux traitements offerts		Éval/réponse

Variable : Climat d'implantation

Variables		Code
Incitations		Incitations
Ressources humaines	Disponibilité des ressources humaines	Dispo RH
Ressources cognitives	Compétences et connaissances des gestionnaires et des cliniciens	Compétences
Stratégie de gestion du changement	Processus de planification de la mise en place du modèle	Planif
	Mode de gestion	Gestion
	Mécanismes de communication utilisés pour présenter et implanter le modèle	Comm./présentation modèle
Sensibilité à l'utilisation de connaissance dans la décision	Intérêt à utiliser les modèles de soins en étapes et les interventions basées sur les données probantes	Intérêt/prob

Variable : Structure

Variables		Code
Gestion des interfaces	Fonctionnement du guichet d'accès	Guichet
	Mécanismes de communication	Comm/inter
	Mécanismes de référence	Ref
	Protocoles d'entente	Entente
Services de soutien deuxième/première ligne	Soins partagés	SP
	Médecins spécialistes répondants en psychiatrie	Psy

Variable : Confiance à l'intérieur du réseau

Variables	Code
Présence ou historique de conflits et/ou de tensions	Conflit
Présence ou historique de travail en collaboration	Collabo
Reconnaissance de la légitimité et de l'expertise	Reconnaissance

Variable : Compatibilité du changement avec les valeurs

Variables	Code
Perception du modèle de soins	Percep
Idéologies d'intervention	Ideo/int
Culture de travail en réseau	Cult réseau

Variable : Implication des acteurs

Variables	Code
Soutien des acteurs au changement	Soutien

Variable : Apprentissage et leadership collectif

Variables	Code
Nature des processus d'apprentissage	Apprentissage
Présence d'activités de formation	Form
Distribution du leadership	leader

Variable : Pression de l'environnement institutionnel

Variable	Code
Soutien de l'Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal	Soutien ASSS

Liste de codes ajoutés en cours d'analyse**Variable : Structure**

Variables			
Gestion des interfaces	Mécanismes de référence	Référence 1-1	Ref 1-1
		Référence 1-2	Ref 1-2
		Référence 2-1	Ref 2-1
		Intervenant de liaison	liaison
		SIGACO	SIGACO

**Annexe 5 : Présentation des données réduites à l'intérieur d'une matrice
(approche de Miles et Huberman)**

No de participant	Climat d'implantation				Structure
	Incitations	Ressources	Stratégie de gestion du changement	Sensibilité à l'utilisation des connaissances	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
Documents					

No de participant	Confiance dans le réseau	Compatibilité du changement avec les valeurs	Implication des acteurs	Apprentissage et leadership	Pressions de l'environnement institutionnel	Modèle de soins hiérarchisés en place
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
Documents						

**Annexe 6 : Formulaire de consentement à la participation au projet de
recherche**

Formulaire d'information et de consentement

Titre de l'étude : Les facteurs contextuels influençant le modèle de hiérarchisation des soins en santé mentale mis en place pour la population du CSSS

Chercheurs responsables du projet de recherche:

Véronique Wilson, étudiante à la maîtrise en santé communautaire, Université de Montréal.

Coordonnées téléphoniques : (xxx) xxx-xxxx poste xxxx

Courriel : xxxx

Louise Fournier, PhD., directrice de recherche, Institut national de santé publique du Québec.

Coordonnées téléphoniques : (xxx) xxx-xxxx poste xxxx

Courriel : xxxx

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles aux chercheurs responsables du projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

Nature et objectifs du projet de recherche

Le projet de recherche vise à étudier l'influence dynamique entre les facteurs contextuels et le modèle de soins hiérarchisés implanté dans le CSSS. Plus précisément, cette étude identifiera les facteurs contextuels influençant l'implantation du modèle de soins hiérarchisés selon le point de vue des cliniciens et des gestionnaires de première et de deuxième ligne.

Votre participation est importante. Vous avez été identifié comme un informateur-clé pouvant nous aider à définir les facteurs contextuels du CSSS influençant l'implantation d'un modèle de hiérarchisation des soins et des services à l'intérieur de ce CSSS.

Pour ce projet de recherche, environ quatre participants seront recrutés dans votre établissement. Au total, une douzaine de participants seront recrutés pour cette étude.

Déroulement du projet de recherche

Vous êtes invité à participer à une entrevue individuelle portant sur les facteurs contextuels influençant, selon vous, la hiérarchisation des soins et des services à l'intérieur du CSSS. La durée de cette entrevue devrait être d'environ 90 minutes. Ces entrevues seront enregistrées sur un support audio afin de faciliter l'analyse des données. L'entrevue individuelle se déroulera dans un endroit que vous choisirez.

Risques associés au projet de recherche

Cette recherche ne comporte pas de risque pour les personnes qui y participent: ce volet de l'étude est purement descriptif et ne vise d'aucune manière à évaluer la performance d'une organisation ou même d'un réseau donné.

Avantages associés au projet de recherche

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Toutefois, les résultats obtenus pourraient contribuer à l'avancement des connaissances dans ce domaine.

Participation volontaire et possibilité de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision aux chercheurs responsables du projet.

Les chercheurs responsables du projet de recherche et le comité d'éthique de la recherche de votre établissement peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, si de nouvelles informations indiquent que votre participation au projet n'est plus dans votre intérêt, si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez ou êtes retiré du projet, l'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet sera conservée aussi longtemps que nécessaire pour rencontrer les exigences réglementaires

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai verbalement et par écrit.

Confidentialité

Durant votre participation à ce projet, les chercheurs responsables recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par les chercheurs responsables.

Les chercheurs responsables du projet utiliseront les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans le formulaire d'information et de consentement. Ces données seront conservées pendant un an par les chercheurs responsables. Les enregistrements audio seront détruits un an après la fin du projet de recherche.

Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche de votre établissement. Ces personnes adhèrent à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par le chercheur responsable.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis, et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que les chercheurs responsables du projet détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation terminée.

Identification de la personne-ressource

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec les chercheurs responsables du projet de recherche au numéro suivant : (xxx) xxx-xxxx ou au (xxx) xxx-xxxx.

Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche

Le comité d'éthique de la recherche de votre établissement a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

Consentement du participant

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise.

Nom et signature du participant à la recherche

Date

Signature et engagement du chercheur responsable du projet

Je certifie que j'ai expliqué au participant à la recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que j'ai répondu aux questions que le participant à la recherche avait à cet égard et que je lui ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement, et à en remettre une copie signée au participant à la recherche.

Nom et signature du chercheur responsable du projet de recherche

Date