

## Rapport final

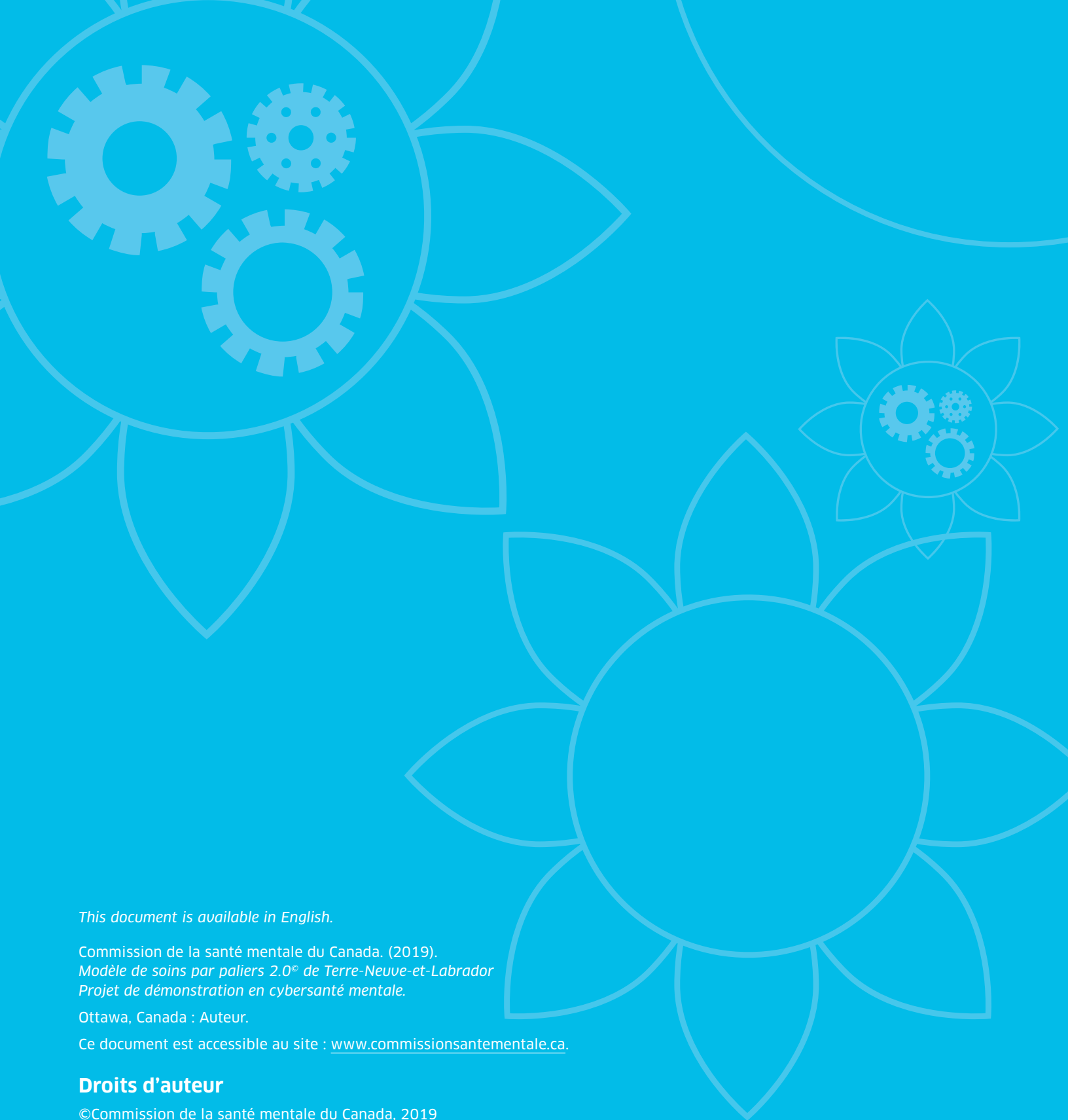
# Projet de démonstration du Modèle de soins par paliers 2.0 en cyber santé mentale de Terre-Neuve-et-Labrador



Commission de  
la santé mentale  
du Canada

Mental Health  
Commission  
of Canada





*This document is available in English.*

Commission de la santé mentale du Canada. (2019).  
*Modèle de soins par paliers 2.0° de Terre-Neuve-et-Labrador*  
*Projet de démonstration en cybersanté mentale.*

Ottawa, Canada : Auteur.

Ce document est accessible au site : [www.commissionsantementale.ca](http://www.commissionsantementale.ca).

## **Droits d'auteur**

©Commission de la santé mentale du Canada, 2019

Ressource en ligne: 978-1-77318-118-9

Dépôt légal, Bibliothèque nationale du Canada



Santé Health  
Canada Canada

Les opinions exprimées aux présentes sont celles de la Commission de la santé mentale du Canada. La production de ce document a été rendue possible grâce à la contribution financière de Santé Canada.



# Table des matières

<b>Remerciements</b>	<b>2</b>
<b>Résumé</b>	<b>3</b>
Principaux messages	4
<b>Contexte</b>	<b>5</b>
Besoins de la population	6
<b>Introduction du Modèle de soins par paliers 2.0</b>	<b>8</b>
Éléments de preuve du Modèle de soins par paliers	11
<b>Structure d'équipe et partenariats</b>	<b>12</b>
<b>Méthodologie</b>	<b>14</b>
Objectifs du projet	14
Participants	15
Sources des données	18
Procédures de mise en œuvre	20
<b>Résultats</b>	<b>23</b>
Questionnaire du fournisseur : résultats de référence	23
Questionnaire du fournisseur : résultats de la mise en œuvre	28
Résultats du sondage sur la satisfaction de la clientèle	31
Résultats découlant des groupes de discussion avec les fournisseurs et les intervenants de la communauté	34
<b>Discussions et recommandations préliminaires</b>	<b>41</b>
<b>Conclusion</b>	<b>47</b>
<b>Références</b>	<b>48</b>
<b>Annexe A</b>	<b>51</b>
<b>Annexe B</b>	<b>52</b>
<b>Annexe C</b>	<b>55</b>
<b>Annexe D</b>	<b>63</b>

# Remerciements



---

*Ce rapport a été créé en consultation avec des intervenants dans le cadre d'un partenariat entre la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC), l'Université Memorial de Terre-Neuve (UMTN), le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador et ses quatre régions régionales de la santé, et le Réseau de sensibilisation des usagers sur la santé de Terre-Neuve-et-Labrador (CHANNAL), un organisme provincial dirigé par des pairs.*

---

## Principale équipe de projet

- **Peter Cornish**, responsable du projet, de la mise en œuvre et de la recherche en matière de cybersanté mentale et du Modèle de soins par paliers, Centre de counselling et de bien-être étudiant de l'UMTN
- **Niki Legge**, gouvernement de T.-N.-L., coresponsable du projet
- **Paula Corcoran**, responsable des personnes ayant un savoir expérientiel, CHANNAL
- **AnnMarie Churchill**, coordinatrice, Centre de counselling et de bien-être étudiant de l'UMTN
- **Lisa Fleet**, responsable de l'évaluation, faculté de médecine de l'UMTN
- **Sarah Pegrum**, chef des services cliniques, psychologue clinicienne, Eastern Health de Terre-Neuve-et-Labrador
- **Josh Rash**, responsable en matière de fidélité, département de psychologie de l'UMTN
- **Heather Hair**, responsable des séances uniques, faculté de travail social de l'UMTN
- **Brad Yetman**, assistant de recherche, Centre de counselling et de bien-être étudiant de l'UMTN
- **Mike Herrell**, représentant des personnes ayant un savoir expérientiel, CHANNAL
- **Alicia Raimundo**, représentante des personnes ayant un savoir expérientiel, Foundry
- **Meghan Churchill**, gestionnaire des services de cybersanté mentale, Eastern Health
- **Byron Boyd**, gestionnaire des services de cybersanté mentale, Central Health
- **Tracey Wells**, gestionnaire des services de cybersanté mentale, Western Health
- **Victoria Kearney**, gestionnaire des services de cybersanté mentale, Labrador-Grenfell Health

## Équipe de la CSMC

- **Nicholas Watters**, directeur, Accès à des services de santé mentale de qualité
- **Bonita Varga**, gestionnaire, Accès à des services de santé mentale de qualité
- **Danielle Impey**, gestionnaire de programme, Accès à des services de santé mentale de qualité
- **Galin Kora**, spécialiste de la surveillance et de l'évaluation, Rendement organisationnel

# Résumé



Le projet de démonstration du Modèle de soins par paliers 2.0\* dans le secteur de la cybersanté mentale à Terre-Neuve-et-Labrador a démarré en septembre 2017. Ce projet a été rendu possible grâce à un partenariat entre la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC), l'Université Memorial de Terre Neuve (UMTN), le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador (T.-N.-L.), ses quatre régions régionales de la santé, et le Réseau de sensibilisation des usagers sur la santé de Terre-Neuve-et-Labrador (CHANNAL).

La mise en place du Modèle de soins par paliers 2.0 a été effectuée dans le cadre d'une transformation du système de santé mentale se déroulant sur l'ensemble du territoire de T.-N.-L. S'inspirant d'un modèle élaboré et mis en œuvre au Royaume-Uni, le Modèle de soins par paliers est un système de soins de santé par étapes qui est fondé sur des données probantes et axé sur le client, et qui favorise le traitement le plus efficace et le moins intensif. Notre projet de démonstration visait la mise en œuvre et l'évaluation du Modèle de soins par paliers 2.0, lequel comporte des cliniques offrant un accès rapide à des séances uniques, des principes de traitement axés sur le rétablissement, ainsi que des programmes de cybersanté mentale offerts à chacun des paliers. Le modèle britannique a permis aux intervenants de comprendre comment de nouvelles approches et options d'accès pourraient s'inscrire dans des programmes plus traditionnels en les intégrant à des pratiques axées sur le rétablissement et fondées sur les forces.

Au départ, la formation sur le Modèle de soins par paliers 2.0 de T.-N.-L. visait à intégrer les pratiques axées sur le rétablissement. Plus récemment, le système de soins est devenu plus cohérent et accessible grâce à l'intégration de programmes de cybersanté mentale à chaque étape des soins. Ces programmes permettent aux clients d'accéder aux soins de santé mentale de la façon qu'ils le souhaitent, et ce, au moment et à l'endroit de leur choix. Une grande partie de la formation, de la mise en œuvre et de la gestion du changement pour le personnel et les gestionnaires a été entreprise en vue de soutenir [le plan d'action dédié à la santé mentale et la toxicomanie pour Terre-Neuve-et-Labrador : Towards Recovery](#). Ce plan d'action répond aux recommandations formulées dans un [rapport](#) rédigé par le Comité spécial multipartite de la santé mentale et des dépendances multipartite, et qui portait sur une réforme au sein de ces secteurs.

Le présent document décrit le contexte du projet de démonstration en cybersanté mentale et présente les objectifs, méthodes et phases de mise en œuvre, ainsi que les données provisoires recueillies entre septembre 2017 et mars 2019. Il intègre également les observations des membres de l'équipe de projet et des experts de partout au Canada ayant assisté à l'atelier d'amélioration de la qualité organisé à Toronto, en novembre 2018, dans le cadre du projet.

\* Le Modèle de soins par paliers 2.0<sup>o</sup>, créé par Peter Cornish, est protégé par un droit d'auteur. Tout au long du présent document, il paraîtra comme suit : Modèle de soins par paliers 2.0.

## Principaux messages

- Le Modèle de soins par paliers 2.0 est un modèle prometteur visant l'intégration d'interventions de cybersanté mentale, de principes de rétablissement et de l'accès rapide à des séances uniques de counselling au sein des programmes traditionnels (ou établis) offerts en personne à l'échelle provinciale.
- Les programmes de santé mentale peuvent être efficacement mis en œuvre dans des régions où il existe une volonté politique de modifier le système de santé mentale, ce qui permet notamment de créer un environnement propice à l'innovation et à la prise de risques mesurés.
- Les principes relatifs à la pratique axée sur le rétablissement, lesquels s'articulent autour de l'approche holistique qui place l'individu au premier plan, le choix et l'autonomie, la dignité du risque ainsi que la collaboration client-fournisseur, constituent des valeurs essentielles pour mettre en œuvre le Modèle de soins par paliers 2.0 et transformer les soins en matière de santé mentale. Les personnes ayant un savoir expérientiel, ainsi que leurs familles, devraient se trouver au cœur même des soins.
- La mise en œuvre à grande échelle du Modèle de soins par paliers 2.0 et de la cybersanté mentale à l'échelle provinciale nécessite des postes spécifiques – notamment, un responsable de projet provincial, des gestionnaires de la mise en œuvre locale (cybersanté mentale), des formateurs spécialisés (Modèle de soins par paliers 2.0, séance unique, cybersanté mentale, etc.) – ainsi qu'une coordination entre les sites, un soutien à l'évaluation et une expertise en matière de mise en œuvre.
- La mise en œuvre du Modèle de soins par paliers 2.0, qui inclut la cybersanté mentale, nécessite un engagement précoce et des échanges fréquents avec plusieurs intervenants, notamment des fournisseurs de services médicaux et non médicaux, des personnes ayant un savoir expérientiel et leur famille, des décideurs, des chercheurs, des organismes de santé mentale communautaires et des experts d'autres domaines (p. ex. informatique).
- La mise en œuvre de la cybersanté mentale nécessite une attention particulière en matière d'intégration des systèmes, de la gestion du changement, de la formation et du développement d'une plate-forme.

# Contexte



Le projet de démonstration en cybersanté mentale visait à cerner des moyens d'améliorer l'accès aux services de santé mentale financés par l'État grâce à la mise en œuvre et à l'évaluation du Modèle de soins par paliers 2.0. Dirigé par une équipe composée de multiples intervenants relevant de Peter Cornish, professeur agrégé et ancien directeur du Centre de counselling et du bien-être étudiant de l'UMTN, le projet a été mené sur 17 sites (15 sites communautaires et deux cliniques de soins de santé primaires) à travers T.-N.-L. sur une période de 18 mois.

La province s'est engagée à améliorer l'accès aux services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie, qui sont fondés sur des données probantes. C'est dans cette optique qu'en juin 2017, le Comité spécial multipartite de la santé mentale et des dépendances a présenté sa réponse à la nécessité de modifier le système dans [le plan d'action dédié à la santé mentale et la toxicomanie pour Terre-Neuve-et-Labrador : Towards Recovery](#). Notre projet de démonstration s'harmonise avec plusieurs recommandations de ce plan d'action, notamment la mise en œuvre et l'évaluation des soins par paliers et l'intégration des services de cybersanté mentale.

Notre projet a également emboîté le pas aux efforts considérables déployés en matière d'innovation qui visent à transformer le système de services en santé mentale et en toxicomanie au sein de la province. Avant de commencer, tout le personnel du domaine de la santé mentale et de la toxicomanie avait déjà reçu une formation concernant les pratiques axées sur le rétablissement\*, ainsi que sur les séances uniques et les interventions fondées sur les solutions. La province était également en voie d'élargir sa gamme de services en cybersanté mentale. D'ailleurs, elle a mis à la disposition de tous les résidents de T.-N.-L. des outils en ligne tels que : BreathingRoom, Bridge the gApp, et le défi de 30 jours sur la pleine conscience de MindWell-U, en plus de la programmation de l'Institut des familles solides visant les problèmes de comportement et d'anxiété chez les enfants et les jeunes de 3 à 17 ans (par aiguillage). Par ailleurs, l'aide thérapeutique en ligne (TAO) avait été mise en place dans 15 de nos 17 sites de projet (plus tard étendue à l'échelle de la province en tant qu'option d'auto-assistance et de service d'aide offert par un conseiller)†.

Le projet a entrepris d'accroître, de promouvoir, d'élargir et d'explorer les moyens de mettre en œuvre des programmes de cybersanté mentale en appliquant les principes de soins par paliers. Le Modèle de soins par paliers 2.0 a été adapté aux modèles théoriques provinciaux existants (c'est-à-dire, une pratique axée sur le rétablissement et des approches en amont telles que MindWell-U et le service de counselling sans rendez-vous de Doorways‡). Nous avons prévu d'adapter les programmes en montrant comment préparer et aider les fournisseurs de soins médicaux et non médicaux à utiliser des outils de cybersanté mentale, dans le cadre de la pratique courante ou en tant qu'alternative

\* Utilisation de l'approche de soins axés sur le rétablissement, élaborée par un organisme local dirigé par les pairs, CHANNAL, et fondée sur le [Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement](#) de la CSMC.

† Voir les détails de ces outils de cybersanté mentale dans la section Objectifs du projet.

‡ Doorways propose des services de thérapie en une seule séance à ceux qui estiment avoir besoin de parler à quelqu'un dans l'immédiat, selon le principe du premier arrivé, premier servi.

(ou ajout) aux médicaments ou aux demandes d'aiguillage vers un service de psychothérapie spécialisée. Plus précisément, le projet visait la mise à l'essai de diverses stratégies de gestion du changement et de préparation au changement, afin de maximiser la mobilisation des intervenants envers les programmes éprouvés. Par le biais de la planification, de la consultation, de la formation, des essais et erreurs, ainsi que de la collecte de données qualitatives et quantitatives, le projet se voulait un moyen d'instaurer le Modèle de soins par paliers 2.0 en tant qu'approche axée sur le rétablissement. Il visait également à recueillir des données qui permettraient d'éclairer et d'adapter les décisions relatives aux traitements afin que ces derniers cadrent avec les soins par paliers, l'éloignant ainsi de toute approche dite « universelle ».

## Besoins de la population

Les demandes de consultation en santé mentale et en toxicomanie à T.-N.-L. sont « en augmentation constante dans chacune des quatre régions régionales de la santé » (p. 17).<sup>1</sup> Entre 2014 et 2016, le nombre de personnes en attente de services a augmenté d'environ 56 %. (p. 26)<sup>2</sup> :

---

***On compte en moyenne 20 000 demandes d'aiguillage par an, environ 12 000 appels reçus à la ligne d'aide 24/7 en santé mentale de la provinciale; et approximativement 3000 admissions en milieu hospitalier pour des services internes en santé mentale et en toxicomanie, dont 15 % pour un traitement de troubles concomitants en santé mentale et en toxicomanie. (p. 17)<sup>3</sup>***

---

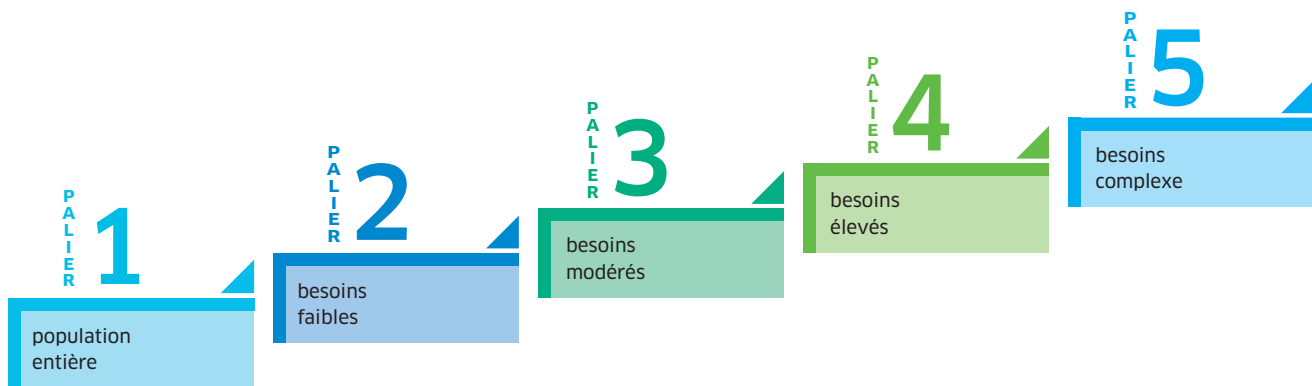
Selon le Comité multipartite, l'accès opportun aux services en santé mentale et en toxicomanie dans la province représentait un problème important qui s'aggravait. Comme un participant l'a indiqué au Comité : « Les problèmes de santé mentale et de dépendance ne font pas bonne figure sur les listes d'attente » (p. 26)<sup>4</sup>.

La CSMC signale que près des « deux tiers des adultes et trois quarts des enfants et des jeunes n'ont pas accès aux services et aux mécanismes de soutien susceptibles de les aider à traiter leurs préoccupations en matière de santé mentale » (p. 4)<sup>5</sup>. Cela est en partie attribuable à la stigmatisation de la maladie mentale et la dépendance. En 2014, un sondage portant sur la santé mentale et la toxicomanie mené dans le cadre de la recherche M5 a révélé que seulement 44 à 54 % des résidents de T.-N.-L. « seraient très disposés à discuter d'une maladie mentale ou de toxicomanie » (p. 12)<sup>6</sup>. Le Comité multipartite a réagi en reconnaissant que « le fait de ne pas demander d'aide peut également être attribué aux longues listes d'attente et à la difficulté de trouver des services au sein d'un système de santé complexe. Pendant que les efforts sont déployés pour réduire la stigmatisation, sensibiliser les gens et améliorer la navigation dans le système, la demande de services continue de croître » (p. 13)<sup>7</sup>.



Le Comité multipartite a entendu maintes fois qu'un changement de système était nécessaire afin d'offrir un accès opportun et un traitement efficace, ainsi que pour appuyer la prévention, la promotion et l'intervention précoce des problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Il s'agissait là de facteurs déterminants dans la recommandation d'instaurer une approche de soins par paliers, laquelle établit un « jumelage » entre les besoins en santé mentale et le niveau approprié de soins nécessaires (voir la **figure 1**). Les soins par paliers peuvent fournir un accès immédiat à des services de faible intensité (qui répondront probablement aux besoins en santé mentale d'une partie importante de la population), tout en permettant de réduire les listes d'attente, de plus en plus longues, au bénéfice de ceux qui nécessitent des soins spécialisés de plus haut niveau. Cependant, la prestation de soins par paliers nécessite une gamme de services répondant à des besoins uniques et une plus grande attention portée à la prévention et à l'intervention précoce. Le comité a approuvé l'inclusion de programmes autogérés, de services de counselling (en personne et par le biais de la technologie), de soutien par les pairs, de soutien pour les familles et les aidants, d'intervention en cas de crise, de gestion et de traitement de la toxicomanie, ainsi que l'intégration de cliniques sans rendez-vous offrant des séances uniques.

**FIGURE 1.** LE MODÈLE DE SOINS PAR PALIERS, TEL QU'IL EST CONCEPTUALISÉ DANS LE RAPPORT *TOWARDS RECOVERY*



# Introduction du Modèle de soins par paliers 2.0



Le Modèle de soins par paliers est un système comportant des stades d'intervention, lequel est fondé sur des données probantes. Il a recours au suivi des résultats pour veiller à ce que les clients reçoivent d'abord le traitement le plus efficace et le moins intensif. Sur la base d'une évaluation initiale, le client et le clinicien s'entendent sur l'intervention de la plus faible intensité requise. Un suivi continu des résultats permet d'ajuster l'intensité des soins, qui peut être augmentée ou diminuée selon le niveau de détresse ou selon les besoins du patient.

Le Modèle de soins par paliers 2.0<sup>8</sup> se veut en quelque sorte une version améliorée du modèle original britannique, de même que la version repensée de O'Donahue et Draper<sup>9</sup>, en raison de l'ajout d'activités visant la prévention des maladies, ainsi que la promotion de la santé et de la santé mentale\*. Dans le cadre du Modèle de soins par paliers 2.0, les programmes peuvent être choisis et organisés en fonction du coût, de l'intensité et de la mobilisation. Le modèle pourrait donc faciliter la prise de décision administrative et la collaboration communautaire (voir la **figure 2**).

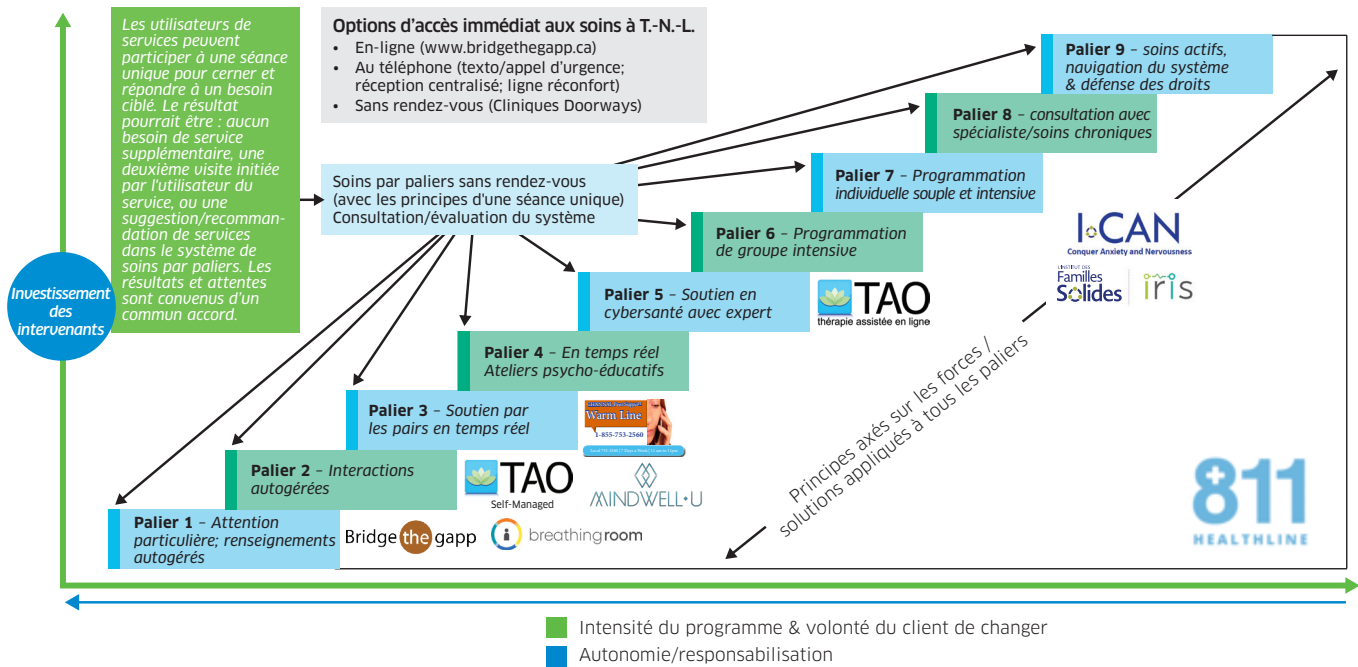
Il vise également à fournir aux clients les moyens d'optimiser leur cheminement et de gérer leur propre bien-être. Le Modèle de soins par paliers 2.0 fonctionne à l'instar d'un cabinet de médecin de famille disposant d'un accès rapide à sa clinique sans rendez-vous. Les clients qui se présentent pour une première visite sont rencontrés sans rendez-vous habituellement dans un délai de 60 à 90 minutes. Un accès rapide est important, car une intervention précoce est essentielle pour empêcher la détérioration de la santé mentale et physique. Le modèle s'appuie largement sur les plus récentes recherches sur les résultats en matière de santé, ainsi que sur la littérature émergente portant sur les thérapies en séance unique<sup>10, 11, 12</sup>. Les systèmes de soins par paliers et à séance unique n'ont pas de liste d'attente ni de limite fixe quant aux nombres de séances. La durée du traitement, les intervalles entre les séances et l'intensité des soins sont ajustés en fonction du suivi continu des résultats, de la préparation et de la relation thérapeutique.

Pour entreprendre un traitement par paliers, le client collabore d'abord avec un fournisseur expérimenté, afin d'évaluer et de déterminer la meilleure combinaison possible de ressources ou de programmes disponibles pour lui, en fonction du niveau de besoin et des enjeux auxquels le client fait face. Une fois que le fournisseur a passé en revue l'approche de soins par paliers avec le client, ils élaborent ensemble par écrit un plan de traitement provisoire (voir l'exemple à l'annexe A)<sup>†</sup>. Au fur et à mesure que des renseignements supplémentaires sont disponibles (après l'évaluation, à savoir si les objectifs prévus sont atteints et si les symptômes se sont résorbés), les plans sont alors examinés et mis à jour. Un certain nombre de séances de suivi peuvent être planifiées pour certains clients, alors que pour d'autres, il leur incombera d'en faire la demande, au besoin. Les circonstances du client déterminent le moment et la durée des séances.

\* Autrement appelé l'action communautaire saine.

† Le client et le fournisseur conservent chacun une copie de ce plan. Le Modèle de soins par paliers est intrinsèquement collaboratif et sollicite activement l'apport des clients quant aux décisions relatives à leurs soins.

**FIGURE 2. APERÇU DU MODÈLE DE SOINS PAR PALIERS 2.0**



L'offre de tout un éventail de programmes, tels que les suivants, s'avère essentielle au succès du Modèle de soins par paliers 2.0 :

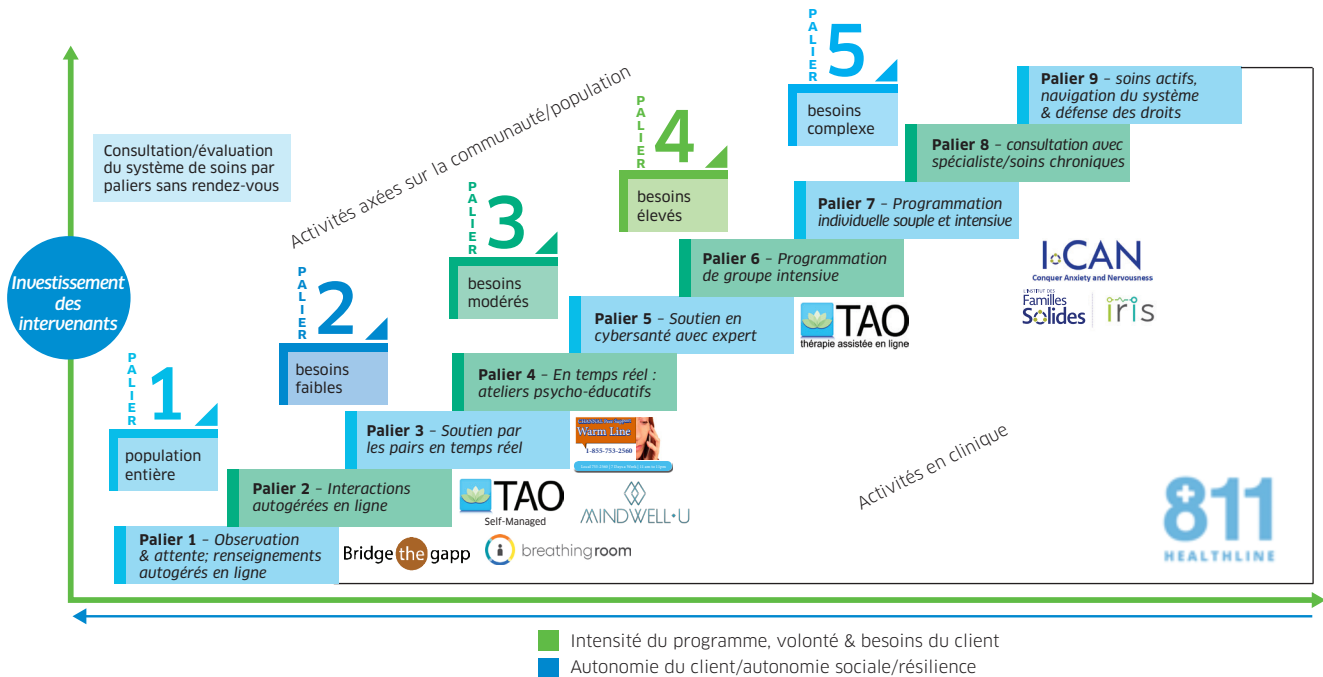
- Auto-assistance en ligne (Paliers 1 et 2)
- Soutien par les pairs (Palier 3)
- Ateliers et séminaires sans rendez-vous (Palier 4)
- Programmes mixtes, en personne et en ligne, avec l'aide du fournisseur (Palier 5)
- Counselling en groupes, structurés et non structurés (Palier 6)
- Séances privées (Palier 7)
- Soins spécialisés, p. ex., consultations psychiatriques ou traitement en établissement (Palier 8)
- Soins actifs et gestion de cas (Palier 9)

Pour déterminer quel programme est le mieux adapté dans chaque cas, il faut tenir compte de nombreux facteurs; notamment, les preuves scientifiques sur les pratiques exemplaires, la maladie ou le problème associé à la santé mentale du client, de même que sa personnalité, ses préférences et sa volonté de procéder à des changements ou de s'engager dans des processus thérapeutiques complexes. Près de 80 % des personnes qui consultent un fournisseur de soins professionnel pour discuter de problèmes de santé ne sont pas prêtes à passer à l'action ni à tirer pleinement avantage des interventions disponibles<sup>13</sup>. Les soins par paliers tiennent compte de ce fait puisque tout traitement est amorcé au plus bas niveau d'intensité conférant la meilleure efficacité. De telles interventions font en sorte que, la plupart du temps, le problème se résorbe. Si elles ne parviennent pas à les résorber, elles amènent généralement le client à bien se préparer et à suivre des programmes plus intensifs.

Le **rapport** *Towards Recovery* organise les stratégies de soins en fonction de la gravité et de la complexité des besoins (voir la **figure 1**). Cependant, pour prendre en compte d'autres déterminants dans la sélection du traitement, nous avons mis ce schéma en corrélation avec le cadre du Modèle de soins par paliers 2.0 (voir la **figure 2**). De plus, étant donné que les programmes de prévention et de promotion de la santé à l'échelle

communautaire s'alignent également sur le Modèle de soins par paliers, nous avons organisé les programmes en fonction de l'investissement des intervenants et de l'intensité du programme (destiné autant aux milieux cliniques que communautaires). La **figure 3** présente tous les programmes de santé mentale actuellement disponibles dans le cadre du Modèle de soins par paliers 2.0.

**FIGURE 3. PROGRAMMES EN CYBERSANTÉ MENTALE DANS LE CONTEXTE DU MODÈLE DE SOINS PAR PALIERS 2.0**



Les soins par paliers sont flexibles et supposent que les individus ont besoin de différents soutiens à différents moments. Les clients qui débutent par une intervention en particulier ont la possibilité d'essayer une autre intervention à mesure que leurs besoins évoluent. De plus, les fournisseurs de soins sont formés à collaborer de manière efficace pour déterminer les programmes que le client préfère et ceux qui fonctionneront mieux pour lui. Cette approche s'aligne sur les recherches qui indiquent que les attentes et les préférences des clients sont d'importants prédictors des résultats associés aux soins en santé mentale<sup>14,15</sup>. Certains clients ne veulent pas d'un « système de soins » ou n'en ont pas besoin. Ils pourraient préférer une séance unique en counselling dans une clinique sans rendez-vous, une séance sans rendez vous présentant les options de soins disponibles par paliers, ou encore un accès aux programmes via le portail Bridge the gApp.

Par ailleurs, le Modèle de soins par paliers 2.0 applique les principes de rétablissement et offre aux clients une approche fondée sur les forces<sup>16,17</sup>, facilitant par le fait même l'abandon du paradigme du risque\* décrit dans le livre intitulé *Beyond the Risk Paradigm in Mental Health Policy and Practice*<sup>18</sup>. Ce paradigme a longtemps prédominé notre société et il est responsable d'orienter la plupart des ressources en santé mentale vers une petite proportion de la population qui, selon certains (sans solide preuve à l'appui), pourrait s'exposer à des dangers ou porter préjudice à autrui<sup>19, 20</sup>. Le Modèle de soins par paliers 2.0 vise à assurer une distribution des soins plus impartiale et systématique dans l'ensemble de la population, et ce, afin d'atteindre le juste équilibre entre la promotion du bien-être, la prévention des maladies, la prestation de services de soutien de faible intensité, de soins axés sur le rétablissement et de traitement intensif, de même que la gestion des risques.

\* C'est-à-dire la notion de risque, telle que déterminée par les valeurs sociales et culturelles, et non par des aspects du risque qui sont mesurables, contrôlables, prévisibles et objectifs.

## Éléments de preuve du Modèle de soins par paliers

Des études menées aux Pays-Bas et au Royaume-Uni ont montré que les soins par paliers amélioraient les résultats pour les clients et facilitaient l'accès aux services de santé mentale sans avoir d'incidence sur les coûts<sup>21, 22</sup>. Un des moyens permettant d'améliorer les résultats consiste à surveiller les clients de manière continue, ce qui permet aux cliniciens ainsi qu'aux clients d'adapter les traitements à partir de l'état actuel. La recherche montre que les traitements axés sur la rétroaction peuvent améliorer les résultats de 30 %<sup>23, 24</sup>. En fait, de telles données fondées sur la pratique sont désormais considérées comme étant plus importantes que les méthodes de traitement fondées sur des preuves. En appliquant l'outil nommé « Behavioral Health Measure 20 » (BHM-20)<sup>25</sup> et les échelles de surveillance associées lors de chaque visite du client, les fournisseurs peuvent partager les données émergentes en matière de résultats (p. ex. : disparition des symptômes, lien thérapeutique, bien-être, fonctionnalité, etc.) et prendre immédiatement des décisions concertées en matière de traitement. Les données fondées sur la pratique sont non seulement utiles pour optimiser les résultats, mais elles motivent également les clients à prendre en charge leur propre bien-être.

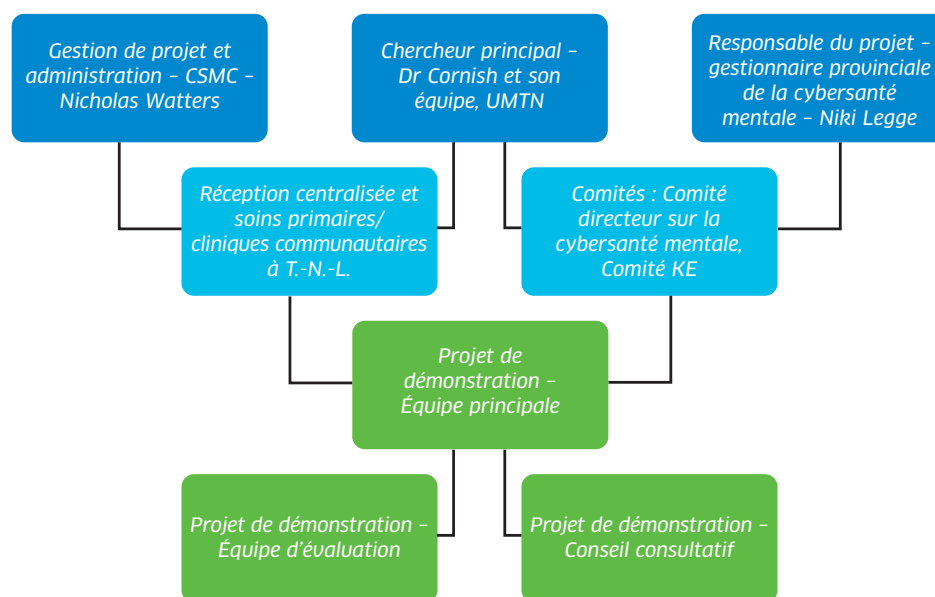
Les résultats préliminaires<sup>26</sup> tirés des projets de mise en œuvre dans trois universités nord-américaines indiquent que le Modèle de soins par paliers 2.0 augmente de près de 20 % la charge de travail des fournisseurs de services et de 12 % leur participation aux séances, tout en réduisant de 2 % le temps total que les fournisseurs passent avec les clients. Ces résultats ont été obtenus sans nécessiter de ressources en personnel supplémentaires, et le niveau de satisfaction de la clientèle est demeuré élevé avant et après la mise en œuvre. Une analyse d'un programme d'intensité moyenne (se classant à mi-paliers), appelée l'aide thérapeutique en ligne (TAO), a révélé des effets importants comparables à ceux d'une séance de psychothérapie traditionnelle d'une durée de 50 minutes, utilisant ainsi seulement le quart du temps du fournisseur. Dans l'ensemble, les soins par paliers offrent un accès rapide et souple, et ce, la journée même, aux ressources en bien-être et en santé mentale.

# Structure d'équipe et partenariats



Notre projet de démonstration comprenait trois groupes de travail : une équipe principale, une équipe d'évaluation et un conseil consultatif (voir la **figure 4**)\*. L'équipe principale et l'équipe d'évaluation se sont réunies aux deux semaines, et le conseil consultatif, deux fois par année. L'équipe principale a géré tous les aspects opérationnels, tandis que l'équipe d'évaluation a proposé des conseils et une expertise sur la méthodologie permettant d'évaluer l'incidence du projet. Le conseil consultatif a travaillé de manière indépendante et a fait part des perspectives des consommateurs, des fournisseurs et de l'administration de groupes externes ayant l'expérience de projets semblables.

**FIGURE 4.** ORGANISATION DE L'ÉQUIPE DE PROJET – MODÈLE DE SOINS PAR PALIERS 2.0 ET CYBERSANTÉ MENTALE



\* Voir l'annexe B pour plus de détails sur les membres de l'équipe.

L'équipe principale et l'équipe d'évaluation étaient composées de membres du personnel de la CSMC et du gouvernement de T.-N.-L. En plus de financer le projet, la CSMC a fourni une orientation et des ressources, ainsi que des liens à l'échelle nationale et internationale. Les employés du gouvernement, qui participent au projet depuis le début, comprenaient un gestionnaire (coresponsable) de la cybersanté mentale pour les services de santé et les services communautaires à l'échelle provinciale, ainsi que des gestionnaires en cybersanté mentale de chacune des quatre régions régionales de la santé : Eastern, Central, Western, et Labrador-Grenfell. La CSMC a également offert son expertise en matière de mise en œuvre et de mobilisation des connaissances pour la stratégie du projet, tandis que les gestionnaires régionaux de T. N.-L. ont joué un rôle essentiel dans son exécution au niveau de la communauté.

Les partenariats ont également évolué au cours de la durée de vie (18 mois) du projet. Les quatre régions régionales de la santé de T.-N.-L. ont rejoint les trois partenaires\* initiaux peu après l'annonce de financement. Plus tard, le président du Conseil provincial de rétablissement en santé mentale et toxicomanies a intégré l'équipe principale, de même que deux membres du conseil d'administration de CHANNAL, le plus grand réseau de consommateurs de services de santé mentale de la province. Viennent ensuite les facultés des sciences et de la médecine de l'UMTN, ainsi que les représentants de quatre fournisseurs de cybersanté mentale, qui ont travaillé à adapter la programmation aux données démographiques et aux besoins uniques de chaque région. Enfin, le Centre d'information sur la santé de Terre-Neuve-et-Labrador (NLCHI) a fourni des renseignements sur les délais d'attente dans les provinces et a fourni des conseils sur le suivi des progrès et le développement éventuel d'un portail ou d'une plateforme de soins par paliers en santé mentale.

Plus récemment, le Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes a invité notre chercheur principal à présenter le projet aux ministres de la Santé des provinces et des territoires. Le Réseau international d'échange de connaissances Frayme nous a également aidé à poursuivre notre travail auprès des groupes de discussion entre fournisseurs et clients et à constituer un regroupement élargi en incluant les carrefours de bien-être pour les jeunes de l'Ontario et de la Colombie-Britannique†. Un montant supplémentaire de 32 000 \$ a été alloué à notre équipe pour appuyer ce travail.

---

\* La CSMC, le gouvernement de T.-N.-L. et le Centre de counselling et du bien-être étudiant de l'UMTN.

† Le réseau Frayme sert de lien entre les différents services de santé mentale, de santé et de services sociaux destinés aux adolescents et aux jeunes adultes, afin de promouvoir l'intégration et la mise en place de soins destinés aux jeunes du Canada et de partout dans le monde.



## Objectifs du projet

La santé mentale est devenue une priorité pour T.-N.-L. La nouvelle stratégie audacieuse de la province, dans le cadre duquel collaborent les trois partis politiques, met l'accent sur les capacités des gens. Bien qu'il s'agisse d'une bonne nouvelle, cet investissement dans le domaine du bien-être s'est traduit par la concrétisation de nombreuses idées simultanément.

Un des objectifs au cœur de notre projet de démonstration consistait à trouver des principes unificateurs qui faciliteraient le bon déroulement de ces changements. Ce faisant, les équipes ont décidé d'organiser les offres de services, nouvelles et existantes, au sein du Modèle de soins par paliers 2.0 (notamment la cybersanté mentale), puis d'explorer les modifications du programme et la mesure dans laquelle ces modifications apportées aux 17 sites du projet, ainsi qu'à leurs communautés, ont été appréciées par le personnel, les gestionnaires, les clients et le grand public. Notre hypothèse était que le Modèle de soins par paliers 2.0 pourrait représenter le moyen de faire progresser les principes de rétablissement, l'innovation en matière de cybersanté mentale et la rapidité de l'accès.

---

**Le projet visait à atteindre les objectifs suivants (voir les détails à l'annexe D, tableau D-1) :**

---

1. Présenter des approches et des principes novateurs associés au Modèle de soins par paliers 2.0 pour faciliter la mise en œuvre de la programmation d'une seule séance de Doorways et des outils de cybersanté mis au point à l'échelle de la province.
2. Évaluer l'état de préparation et la satisfaction des intervenants (fournisseur, gestionnaire, consommateur) à l'égard du Modèle de soins par paliers 2.0 et des outils de cybersanté mentale.
3. Inviter les intervenants à participer à des discussions sur la manière dont le Modèle de soins par paliers 2.0 et la cybersanté mentale pourraient améliorer les résultats en matière de santé mentale.
4. Utiliser un système de surveillance des résultats en continu (c'est-à-dire le BHM-20) pour rendre compte des résultats relatifs aux clients pour qui le Modèle de soins par paliers 2.0, Doorways et les outils de cybersanté mentale ont été utilisés.
5. Transmettre les données provinciales sur les clients qui ont été recueillies par les fournisseurs de services en cybersanté mentale au cours du projet de démonstration.
6. Transmettre les données disponibles sur les changements dans les délais d'attente qui ont été recueillies par la province au cours du projet de démonstration.



---

## Notre projet a évalué cinq interventions de cybersanté mentale intégrées au Modèle de soins par paliers 2.0 :

---

- [BreathingRoom™](#) : programme visant à aider les jeunes de 13 à 24 ans à acquérir de nouveaux moyens de gérer les symptômes, le stress, l'anxiété et la dépression;
- [Bridge the gApp](#) : ressource visant à favoriser le mieux-être mental des adultes et des jeunes;
- [MindWell-U](#) : formation et développement organisationnel fondés sur la pleine conscience;
- [Institut des familles solides](#) : services reposant sur des éléments probants en matière de santé mentale et d'autres problèmes touchant les enfants et les familles;
- [TAO Connect](#) (aide thérapeutique en ligne) : assistance autogérée ou interventions appuyées par le fournisseur.

## Participants

Les 17 sites du projet comprenaient 15 cliniques de santé mentale et de traitement des dépendances dans différentes régions, ainsi que deux cliniques de soins primaires intégrés (offrant des services sociaux et de santé) dans la région de St. John's (voir la **figure 5**).

### Description du site

Les cliniques de santé mentale et de toxicomanie des diverses communautés urbaines et rurales relèvent de la régie régionale de la santé. Les deux cliniques de soins primaires intégrés étaient situées à l'UMTN et dans la communauté de Shea Heights.

### Description des fournisseurs

Le personnel clinique de ces sites comprenait des travailleurs sociaux, des psychologues, des conseillers, des ergothérapeutes, le personnel infirmier et des médecins. Tous les membres du personnel des cliniques de santé mentale et de toxicomanie ont reçu une formation portant sur : le Modèle de soins par paliers 2.0, les traitements en une séance unique sans rendez-vous, et la pratique axée sur le rétablissement. Certains employés bénévoles ont été formés et ont reçu de l'aide pour offrir des programmes de cybersanté mentale comme le TAO. Tous les membres du personnel des sites de soins primaires ont reçu une formation sur le Modèle de soins par paliers 2.0, mais aucune formation ni aucun soutien organisationnel n'a été offert pour le TAO\*, même si certaines personnes utilisaient déjà des programmes de cybersanté mentale.

---

\* À l'exception d'un travailleur social de Shea Heights.

**FIGURE 5. EMPLACEMENTS DES SITES DE PROJET**



## Description des clients

Les clients qui ont reçu des services aux sites de santé mentale et de toxicomanie étaient des adultes (18 ans et plus) ayant reçu un diagnostic pour un problème de santé mentale. L'UMTN fournit des services de santé et de counselling à tous ses étudiants. Les clients de Shea Heights étaient des membres de la communauté à la recherche de soins de santé primaires, de conseils et (ou) de services sociaux (voir la **figure 5** pour connaître l'emplacement des sites du projet et le **tableau 1** pour connaître les caractéristiques des sites).

**TABLEAU 1. CARACTÉRISTIQUES DES SITES DE PROJET**

Sites du projet	Taille de la population*	Nombre de fournisseurs	Nb ayant reçu la formation TAO**	
			T1	T2
Région métropolitaine de St. John's	205 955	43	17	35
Centre-ville		15	5	13
Conception Bay South, secteur ouest		17	9	11
Secteur est		11	2	11
Clinique de soins primaires de Shea Heights		11	1	1
Bonavista	3 452	4	2	4
Clarenville	6 291	9	2	7
Harbour Grace	2 995	11	3	9
Grand Falls-Windsor	14 170	11	1	11
Lewisporte	3 409	4	1	4
Springdale	2 971	3	1	3
Corner Brook	19 810	10	1	8
Deer Lake	5 249	2	1	2
Stephenville	6 623	12	2	11
Hôpital Curtis Memorial, St. Anthony	2 258	6	2	11
Centre de santé du Labrador, Goose Bay	8 109	14	1	10
Centre de santé de l'ouest du Labrador	8 622	15	2	15
Centre de counselling et de bien-être étudiant de l'UMTN	2 744	20		S/O
<b>Total</b>	<b>292 658</b>	<b>218</b>	<b>53</b>	<b>166</b>

\* Selon le Recensement de la population canadienne de 2016.

\*\* Le nombre de fournisseurs ayant reçu la formation sur l'aide thérapeutique en ligne (TAO) et son application a augmenté au cours de la période de mise en œuvre, soit entre mars 2018 (T1) et mars 2019 (T2).

# Sources des données

---

Les données relatives aux délais d'attente à l'échelle provinciale, aux demandes d'aiguillage et à l'utilisation des programmes ont été recueillies avant et après le projet. Nous avons analysé les données de fournisseurs de cybersanté mentale, soit : *BreathingRoom™*, *Bridge the gApp*, *MindWell U*, *Institut des familles solides* et *TAO Connect\**, lesquels recueillent des données sur l'utilisation et, dans certains cas, la satisfaction et les résultats. Nous avons également utilisé quatre sources de données supplémentaires :

---

1. **Un questionnaire sur l'expérience du fournisseur.** Ce questionnaire, offert aux fournisseurs avant la formation, a été créé en vue de déterminer leur niveau de confort et de confiance à l'égard des principes du Modèle de soins par paliers et des programmes de cybersanté mentale, ainsi que leur volonté de changer les pratiques. Il a permis de recueillir des données démographiques et d'évaluer, au moyen d'instruments fiables et valables, l'expérience des fournisseurs en ce qui a trait au changement. Nous avons adapté cinq de ces instruments comme suit :
  - i. Les étapes du changement pour le Modèle de soins par paliers – une adaptation de Willey et coll.<sup>27</sup>. Il s'agit d'une échelle à deux éléments servant à mesurer le stade actuel du changement où se situe le fournisseur relativement à l'utilisation des soins par paliers, en parallèle avec l'observance du traitement (précontemplation, contemplation, préparation, action, maintien).
  - ii. La volonté d'utiliser le Modèle de soins par paliers – une adaptation du *Commitment to Change Questionnaire*. Il mesure l'engagement affectif (p. ex., le désir de changement), l'engagement face à la continuité (p. ex. le coût perçu du changement) et l'engagement normatif (p. ex. l'obligation perçue de changer) relativement au Modèle de soins par paliers.
  - iii. L'auto-efficacité pour le Modèle de soins par paliers – élaborée conformément au « Guide for Constructing Self-Efficacy Scales »<sup>28</sup> de Bandura. Il s'agit d'une mesure de la confiance du fournisseur face à l'application des principes de soins par paliers dans des situations difficiles ou avec des clients difficiles.
  - iv. La préparation à la mise en œuvre du Modèle de soins par paliers – une adaptation du questionnaire de Levesque et coll. intitulé *Treatment Self-Regulation Questionnaire*<sup>29</sup>. Il s'agit de la mesure de la motivation autonome (c.-à-d. interne) et contrôlée (c.-à-d. externe) d'un fournisseur en ce qui concerne l'intégration des principes du Modèle de soins par paliers aux services de soins déjà en place. Un indice d'autonomie mesure la proportion relative de motivation autonome et contrôlée.
  - v. Les attentes face à la mise en œuvre du Modèle de soins par paliers – une adaptation du questionnaire de Devilly et Borkovec intitulé *Treatment Expectations Credibility Questionnaire*<sup>30</sup>. Il mesure la confiance du prestataire envers la crédibilité de la méthode de soins par paliers et détermine si son utilisation apportera vraisemblablement des avantages aux clients.

Les fournisseurs ont également été invités à évaluer leurs connaissances de chaque programme de cybersanté mentale<sup>†</sup> disponible, ainsi que leur niveau d'aisance à intégrer de tels outils à la pratique<sup>‡</sup>.

Enfin, les fournisseurs ont été invités à fournir des réponses écrites pour déterminer :

- Les obstacles liés au fournisseur;
- Les obstacles liés à l'organisation;
- Les obstacles liés au client;
- Les avantages de la mise en œuvre des programmes de cybersanté mentale et des soins par paliers.

---

\* Voir les Objectifs du projet pour une brève description de ces programmes.

† Utilisation d'une échelle de sept points (1 désignant « aucune connaissance », 7 « beaucoup de connaissances »).

‡ Échelle à sept points (1 « pas du tout à l'aise », 7 « très à l'aise »).

**2. Un questionnaire sur la satisfaction des clients.** Ce questionnaire a permis de recueillir des données démographiques (indépendamment du fait que les clients se voient proposer ou non des services en cybersanté mentale), de mesurer le degré d'aisance face à la technologie et les services utilisés, ainsi que d'obtenir les évaluations subjectives de la satisfaction et des avantages perçus. Deux des instruments ont été validés :

- i. Le *Client Satisfaction Questionnaire-8*<sup>31</sup>, qui mesure la satisfaction de la clientèle à l'égard des services reçus.
- ii. L'échelle *The System Usability Scale*<sup>32</sup>, qui mesure la convivialité perçue par les clients des options d'intervention des soins par paliers.

Les fournisseurs ont utilisé l'échantillonnage de commodité pour éviter que les clients se sentent obligés de participer au sondage. Ceux qui souhaitaient y répondre pouvaient le faire en ligne ou sur papier. Un lien et un code QR pour accéder au sondage en ligne ont également été inclus dans les plans de traitement offrant des soins par paliers qu'ils avaient rédigés plus tôt. En outre, CHANNAL a fait la promotion du sondage par le biais de publications sur les réseaux sociaux\*.

**3. Des protocoles pour les groupes de discussion sur l'expérience des intervenants.** Deux versions ont été créées :

- i. **Intervenants communautaires (notamment les clients des services en santé mentale)** – conçu pour encourager un partage ouvert des expériences vécues dans le système de santé mentale, sans qu'il soit nécessaire de faire des divulgations susceptibles de brimer les droits d'une personne à la vie privée.

Les responsables régionaux de la cybersanté mentale, les contacts communautaires et CHANNAL ont suscité la participation des clients et organisé des groupes. Deux animateurs étaient présents pour chaque groupe : un pour diriger la discussion et un autre pour prendre des notes et procéder à l'enregistrement audio de la discussion (avec l'autorisation du groupe). Les participants ont été invités à partager leurs points de vue sur les services de santé mentale au sein de la province, notamment les soins offerts en séance unique, les délais d'attente et la cybersanté mentale. La plupart n'étaient pas au courant des soins par paliers, en dépit du fait que les animateurs ont pris le temps de décrire brièvement ces soins et de demander leurs opinions une seconde fois.

- ii. **Fournisseurs et gestionnaires** – conçu pour poser des questions semblables sur l'expérience des participants en matière de programmes de soins de santé mentale, de listes d'attente et de soins par paliers.

Une invite descriptive des soins par paliers n'était pas requise pour ce groupe.

Des séances de groupe de discussion avec les intervenants de la communauté ont eu lieu dans six communautés, représentant les quatre Régions régionales de la santé de T.-N.-L. : Eastern, Central, Western, et Labrador-Grenfell. Certains groupes avaient auparavant été des coalitions sur la santé mentale bien établies et d'autres étaient des groupes de clients organisés par CHANNAL. Des groupes de discussion distincts pour les fournisseurs et les gestionnaires ont été organisés par vidéoconférence. Les fournisseurs et les gestionnaires devaient fournir des commentaires écrits, y compris les gestionnaires régionaux en cybersanté mentale qui n'ont pas pu assister aux groupes de discussion.

**4. Un système de suivi du client.** Bien que nous souhaitions faire le suivi des résultats relatifs aux interventions de cybersanté mentale et des traitements en personne à l'aide du système Celest Health BHM-20 et des échelles associées, la mise en œuvre de la technologie afférente n'a pas été possible en raison de la courte durée du projet. Les données générées par le fournisseur (notamment le BHM-20) ainsi que les données sur l'utilisation du programme fournies par le gouvernement de T.-N.-L. et CHANNAL seront communiquées.

\* Par conséquent, les données sur la satisfaction des clients sont sujettes au biais d'auto-sélection et doivent être interprétées en gardant cet élément en tête.

# Procédures de mise en œuvre

---

*Le Modèle de soins par paliers 2.0, qui prévoyait notamment les programmes de cybersanté mentale, la pratique axée sur le rétablissement, les thérapies en une séance unique ainsi que les principes de soins par paliers, a été évalué après sa mise en place en cinq phases :*

---

1. Planification de projet et constitution de l'équipe
2. Approbations, conception de l'évaluation et préparation des ressources liées à la formation
3. Évaluation et formation de base des fournisseurs
4. Lancement des outils de cybersanté mentale, développement des bonnes pratiques et soutien
5. Collecte de données suivant la mise en œuvre et analyse préliminaire

**Phase 1 : Planification du projet et constitution de l'équipe (octobre à décembre 2017).** Après l'annonce du financement de la CSMC en septembre, des membres de l'équipe du projet ont été recrutés en vue de former l'équipe principale, l'équipe d'évaluation et le conseil consultatif. Les membres de l'équipe principale comprenaient un responsable scientifique, un responsable du département de la santé et des services communautaires, un responsable des bénéficiaires en santé mentale, un adjoint à la recherche aux études supérieures et un chercheur principal. Leur première tâche consistait à élaborer une charte de projet ainsi qu'un plan de gestion du changement. Un plan d'évaluation a également été élaboré par les membres de l'équipe d'évaluation et de l'équipe principale.

**Phase 2 : Approbations, conception de l'évaluation et préparation des ressources liées à la formation (janvier à mars 2018).** L'équipe principale a établi des partenariats avec les gestionnaires et les intervenants des quatre régions régionales de la santé. Les autorisations de participation au projet ont été obtenues des directeurs de chaque région régionale de la santé. Du matériel de formation, notamment des vidéos et un manuel de mise en œuvre, a également été créé.

**Phase 3 : Évaluation et formation de base des fournisseurs (mars à juillet 2018).** La phase 3 constituait la phase de pré-lancement du projet. À ce stade, tous les programmes de cybersanté mentale étaient opérationnels et mis à la disposition des cliniciens, des clients et du grand public. Au mois de mars, les fournisseurs et les gestionnaires de toute la province ont participé à un atelier de deux jours portant sur le rétablissement et le Modèle de soins par paliers. La formation était centrée sur l'intégration de nouveaux apprentissages concernant l'accès rapide; la thérapie en une séance unique axée sur la résolution de problèmes; les programmes de cybersanté mentale; et les valeurs de rétablissement fondées sur les forces dans le contexte du Modèle de soins par paliers 2.0.

Au cours de l'atelier, l'équipe de projet a découvert à quel point les besoins et les contextes régionaux variaient dans l'ensemble de la province. En conséquence, des consultations sur place et des séances de formation plus approfondies (adaptées aux différentes régions) ont été organisées dans neuf cliniques. L'adaptation du Modèle de soins par paliers aux capacités et aux besoins locaux a nécessité un processus de conception conjointe dans lequel les participants (1) ont relevé les ressources existantes pouvant compléter les nouveaux services et outils de cybersanté mentale offerts par la province, (2) ont tenu des séances de remue-méninges pour adapter le langage et la structure de soins par paliers aux communautés locales et (3) ont adapté le Formulaire de prescription comportementale pour les soins par paliers (voir l'annexe A) pour en faire un plan sur le mieux-être plus convivial, tout en supprimant le jargon relatif aux descriptions des paliers.

Notre formation et nos ressources comprenaient les éléments suivants :

- Conférences et séances de formation sur l'approche de soins axée sur le rétablissement
- Formation sur les séances uniques offertes en clinique et sans rendez-vous
- Utilisation clinique des programmes de cybersanté mentale (BreathingRoom™, MindWellU, Institut des familles solides, TAO)
- Ateliers sur place au sujet du Modèle de soins par paliers 2.0 (y compris les versions adaptées)
- Manuel de formation en cybersanté mentale du Modèle de soins par paliers 2.0
- Communauté de pratique du Modèle de soins par paliers 2.0 (webinaires mensuels)
- Communauté de pratique du TAO (webinaires hebdomadaires)
- Page Web du Modèle de soins par paliers 2.0

#### **Phase 4 : Lancement d'outils de cybersanté mentale, développement des bonnes pratiques et soutien (août à décembre 2018).**

Le programme de cybersanté mentale du Modèle de soins par paliers 2.0 a été lancé officiellement le 1<sup>er</sup> septembre. Des webinaires mensuels pour les communautés de pratique ont été organisés sur des sujets d'intérêt soumis par les premiers utilisateurs en Amérique du Nord. Des plans en matière de mieux-être, en plus d'un sondage sur la satisfaction de la clientèle (reposant sur les commentaires des clients et des fournisseurs), ont été imprimés et mis en œuvre pour faciliter la planification et l'aiguillage de clients. Le protocole pour les groupes de discussion a été élaboré en vue de le diffusé au début de 2019. La province a terminé l'embauche des gestionnaires régionaux en cybersanté mentale; ces derniers ont facilité la mise en œuvre dans les cliniques régionales, en plus d'accepter des responsabilités et le rôle de champions pour encadrer les fournisseurs. Une version autogérée de l'outil TAO a été lancée pour veiller à ce que les utilisateurs puissent accéder à la programmation du Palier 2 sans l'intervention d'un fournisseur. Enfin, la province a accepté notre proposition de financer la participation des médecins de premier recours aux conférences de cas, ce qui a favorisé la transition vers une pratique axée sur le rétablissement et l'intégration de la cybersanté mentale, des soins collaboratifs et des soins par paliers dans les deux centres de soins primaires intégrés.

Des commentaires supplémentaires concernant le processus de mise en œuvre du projet ont été obtenus pendant la période de lancement (novembre 2018) lors d'un atelier national d'amélioration de la qualité, organisé à Toronto par la CSMC. Un document PowerPoint interactif a été conçu en tant que répertoire pouvant conserver les contenus et stratégies de mise en œuvre relatifs au Modèle de soins par paliers 2.0 et à la cybersanté mentale. Cette ressource fonctionnait à l'instar d'une page Web visant à faciliter l'accès à une grande quantité de renseignements. Elle a également permis de jeter les bases de l'atelier (axé sur notre projet de démonstration), et a servi à communiquer l'avis de sept experts multisectoriels de partout au Canada concernant les possibilités d'accroître sa qualité et sa portée. Les 50 intervenants qui ont participé aux discussions dans le cadre de l'atelier ont communiqué les leçons apprises relativement à l'amélioration continue de la qualité. Une réunion distincte d'une journée à l'intention des membres de l'équipe du projet et des partenaires a été organisée par la CSMC à St. John's, T.-N.-L., afin d'échanger des renseignements au sujet du projet et de préparer la rédaction du présent rapport dans sa version définitive.

**Phase 5 : Collecte de données suivant la mise en œuvre et analyse préliminaire.** Une approche de méthodes mixtes, comprenant des questionnaires quantitatifs, des entretiens qualitatifs et des groupes de discussion, a été utilisée pour évaluer le processus de mise en œuvre et les résultats associés à la cybersanté mentale et au Modèle de soins par paliers 2.0. L'évaluation portait sur les éléments qui suivent :

- Les expériences de base, avant et après la mise en œuvre, vécues par les fournisseurs à l'égard du lancement de la programmation en cybersanté mentale ainsi que de l'approche proposée par le Modèle de soins par paliers, notamment le programme Doorways à séance unique visant un accès rapide aux soins.
- L'expérience du client, ainsi que son niveau de satisfaction à l'égard des programmes de cybersanté mentale et du Modèle de soins par paliers 2.0., y compris Doorways.
- Les données gouvernementales relatives aux délais d'attente et aux premiers résultats.
- Les données concernant l'utilisation du soutien par les pairs de CHANNAL.
- Les données sur les fournisseurs au sujet de l'utilisation des programmes de cybersanté mentale et les premiers résultats afférents.

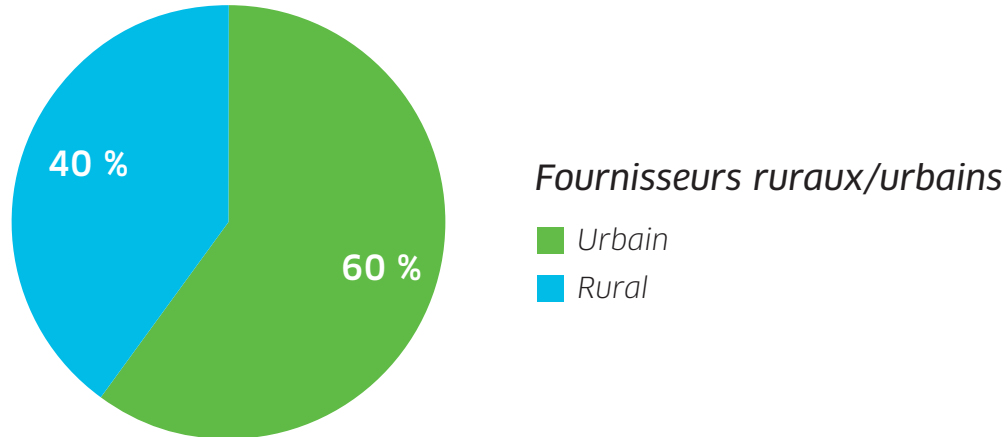




## Questionnaire du fournisseur : résultats de référence

**Caractéristiques du fournisseur.** Au total, 132 fournisseurs de soins de santé ont répondu aux sondages de référence. Parmi les répondants, 111 ont fourni des soins cliniques directs, 18 étaient des gestionnaires et trois étaient des administrateurs. Nous avons analysé les données du premier groupe uniquement et, de ce groupe, 66 travaillaient en milieu urbain, 44 en milieu rural et une personne travaillait dans les deux milieux (voir la **figure 6**).

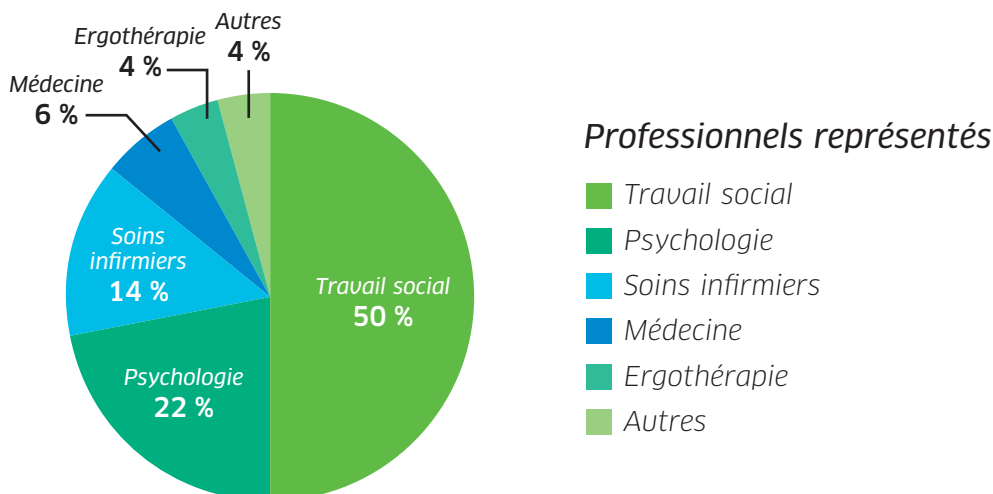
**FIGURE 6.** FOURNISSEURS EN MILIEU RURAL OU URBAIN



Les professions représentées (en ordre décroissant de fréquence) étaient les suivantes : travail social (55), psychologie (24), soins infirmiers (16), médecine (7), ergothérapie (ET) (4) et autres (5) (voir la **figure 7**). Les fournisseurs avaient accumulé en moyenne 9,32\* ans dans le domaine de la pratique clinique.

\* L'écart-type (ET) était de 8,36.

**FIGURE 7. FOURNISSEURS PAR PROFESSION**



**Connaissances, croyances, auto-efficacité, volonté de changement, motivation et attentes des fournisseurs.**

En moyenne, les fournisseurs ont déclaré être « un peu informés » sur les soins par paliers\*. Ils ont estimé être « modérément certains »<sup>†</sup> de leur capacité (auto-efficacité) à appliquer les principes de soins par paliers dans des situations difficiles. Dans le questionnaire sur les étapes du changement, la plupart des répondants ont indiqué qu'ils se situaient au stade « en action » (48) ou « en préparation » (44), contre seulement 17 au stade de « contemplation » (15) ou de « pré-contemplation » (2) (voir la figure 8).

En moyenne, les fournisseurs ont déclaré ressentir un grand « engagement affectif » d'adopter les principes de soins par paliers. Bien qu'ils n'en soient venus à aucun consensus concernant les coûts associés à l'adoption des principes<sup>§</sup> de soins par paliers, ni sur le fait qu'ils soient adoptés de manière normative\*\*, ils ont indiqué que leur motivation visant à adopter des soins par paliers (sur l'indice d'autonomie) était plus autonome que contrôlée<sup>††</sup>. En moyenne, les fournisseurs estimaient que les soins par paliers étaient crédibles<sup>‡‡</sup> et qu'ils connaîtraient un « certain succès »<sup>§§</sup>.

\* La moyenne (M) était de 4,13, et l'ET était de 1,14 sur huit éléments évalués (en utilisant 1 pour désigner « aucune connaissance », et 7 « énormément de connaissances »).

<sup>†</sup> M = 6,24, ET = 1,61 sur 10 éléments (0 « ne peut pas du tout le faire », 10 « très certain de pouvoir le faire »).

<sup>‡</sup> M = 6,0, ET = 1,02, sept éléments (1 « Tout à fait en désaccord », 7 « fortement en accord »)

<sup>§</sup> M = 3,65, ET = 1,29, sept éléments (1 « Tout à fait en désaccord », 7 « fortement en accord »)

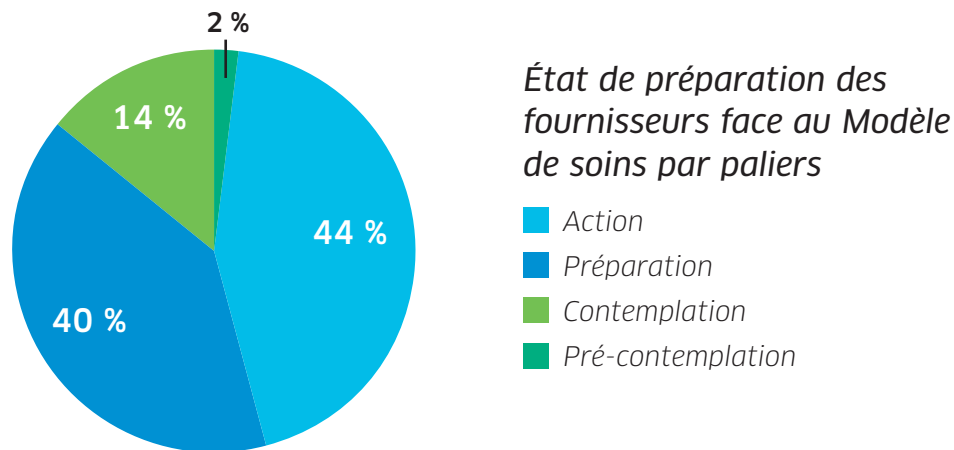
\*\* M = 4,31, ET = 0,53, sept éléments (1 « Tout à fait en désaccord », 7 « fortement en accord »)

<sup>††</sup> Avec un ratio de 1,59; ET = 1,46.

<sup>‡‡</sup> M = 6,95, ET = 1,39, neuf éléments (1 « pas du tout logique », 9 « très logique »)

<sup>§§</sup> M = 5,78, ET = 1,64, neuf éléments (1 « pas du tout réussi », 9 « très réussi »)

**FIGURE 8.** ÉTAT DE PRÉPARATION DES FOURNISSEURS FACE AU MODÈLE DE SOINS PAR PALIERS 2.0 AVANT LA FORMATION



**Degré d'aisance des fournisseurs en regard de la programmation de cybersanté mentale.** Le niveau de connaissances des fournisseurs sur les options de programmation en cybersanté mentale a été évalué à l'aide d'une échelle de sept points\*, de même que leur degré d'aisance à l'égard de l'intégration de tels programmes au sein de leur pratique†.

**Différences entre les fournisseurs ruraux et urbains.** Pour évaluer les différences entre les fournisseurs ruraux et urbains, nous avons utilisé des tests-t pour échantillons indépendants, lesquels ont montré que leurs connaissances ne différaient pas sur les sujets suivants :

- Les étapes du changement pour des soins par paliers
- La volonté de d'offrir des services de soins par paliers
- L'auto-efficacité pour les soins par paliers
- L'état de préparation pour la mise en œuvre de soins par paliers
- Les attentes face à la mise en œuvre du Modèle de soins par paliers‡

À l'exception de l'outil TAO, les fournisseurs en milieu rural en connaissent davantage sur l'intégration des outils de cybersanté mentale et sont plus à l'aise de les utiliser dans leur pratique (voir l'annexe D, **tableau D-3**).

**Avantages et obstacles perçus.** Les données qualitatives provenant d'enquêtes auprès des fournisseurs, de commentaires écrits et de notes prises sur le terrain lors de visites ont été évaluées en regard des analyses d'une théorie utilisant le logiciel Atlas.ti. La **figure 9** répertorie les thèmes révélés par les questions ouvertes sur les obstacles et les avantages attendus pour la cybersanté mentale et les soins par paliers. Comme le montre cette figure, la plupart des fournisseurs se montraient réalistes et optimistes quant à leur potentiel : beaucoup espéraient un meilleur accès aux services de soutien en santé mentale et ont estimé que les programmes donnaient plus de pouvoir aux clients. Les fournisseurs ont également déclaré qu'il fallait s'attendre à une certaine résistance de la part de certains fournisseurs et qu'il était nécessaire de gérer les attentes face aux changements avec tact.

\* (1 désignant « aucune connaissance », 7 « beaucoup de connaissances »)

† (1 désignant « aucune connaissance », 7 « beaucoup de connaissances »); le tableau D-2 à l'annexe D présente la moyenne et l'écart type (ou ET) de ces deux évaluations relativement aux outils spécifiques de cybersanté mentale.

‡ Toutes les valeurs  $p$  étaient supérieures à 0,23.

**FIGURE 9.** COMMENTAIRES DES FOURNISSEURS SUR LES QUESTIONS OUVERTES DU SONDAGE CONCERNANT LES OBSTACLES ET AVANTAGES DU MODÈLE DE SOINS PAR PALIERS 2.0 ET DE LA CYBERSANTÉ MENTALE

Thèmes des questions ouvertes	Code appliqué à l'item de la question	Nombre total de références
L'accès aux soins sera amélioré	1	27
Meilleur modèle, résultats améliorés, plus efficace	1	14
Le processus de changement est très difficile dans un contexte de lourde charge de travail	3	27
Autonomisation, autonomie, participation accrue, responsabilité, résilience	1	18
Peur de causer du tort sans évaluation suffisante	3	4
Le dysfonctionnement et la dynamique des équipes interprofessionnelles peuvent constituer un obstacle	2	9
Le manque de compréhension du Modèle de soins par paliers (MSP), des outils du MSP et des rôles professionnels est un obstacle	4	32
Les faibles niveaux de littératie et du statut socioéconomique des clients font obstacle	1	4
Gérer les attentes et la rapidité du changement sont nécessaires pour combattre les peurs et les mythes	4	58
Plus d'infrastructure et de ressources sont nécessaires	2	10
La plupart des fournisseurs ne voient que peu ou pas d'obstacles au MSP et à la cybersanté mentale	3	33
Les pratiques et théories préférées de certains fournisseurs peuvent être incompatibles avec le MSP et la cybersanté mentale	3	4
Les pratiques et théories préférées de certains fournisseurs peuvent être incompatibles avec le MSP et la cybersanté mentale	3	14
La qualité de l'expérience client est préoccupante	2	8
Le MSP et la cybersanté mentale permettent un traitement sur mesure et souple, qui offre plus d'options, et des soins adaptés axés sur le client, au moment opportun	2	30
Le MSP s'engage à répondre aux attentes des clients en matière de changement	1	4
Une certaine résistance de la part des fournisseurs, des gestionnaires et des clients à ce changement majeur est inévitable	3	43
Certaines politiques, procédures et structures non révisées entraveront la mise en œuvre	3	10
Les problèmes techniques, l'inconfort des clients vis-à-vis les technologies et le soutien inadéquat sont des sources de préoccupation	3	14
Il n'est pas clair comment le MSP et la cybersanté mentale fonctionneront pour aider les clients ayant des besoins complexes	3	7

**Ateliers de conception conjointe et de consultation.** La formation sur le Modèle de soins par paliers 2.0 met l'accent sur la conception conjointe et l'adaptation à l'échelle de la communauté. Les notes prises sur le terrain\* ont permis de connaître les idées des fournisseurs concernant la mise en œuvre. Par exemple, trois des six thèmes dégagés de notre analyse théorique (voir la **figure 10**) suggèrent que l'engagement des fournisseurs et des clients pourrait s'avérer plus fort dans les sites ruraux quand il est question des paliers inférieurs du Modèle. En raison de la rareté des ressources sur ces sites, les efforts déployés pour répondre aux besoins sont souvent plus innovants. De plus, les fournisseurs étaient nombreux, jusqu'à présent, à penser que les cliniques à séance unique Doorways en faisaient davantage pour réduire les temps d'attente et répondre aux besoins des clients à l'échelle de la province, comparativement aux programmes de cybersanté mentale.

**D'autres observations se sont avérées plus abstraites. Lors de consultations auprès des fournisseurs et des gestionnaires, nous avons vite constaté que certaines parties de la stratégie *Towards Recovery* étaient mises en œuvre séparément, sans indications claires sur la façon dont elles pourraient s'intégrer systématiquement. Par exemple, les experts qui dispensaient la formation sur les séances uniques n'établissaient pas nécessairement de liens avec la formation en cybersanté mentale et les principes de rétablissement que les fournisseurs recevaient. Les fournisseurs ne voyaient pas non plus de liens avec leurs compétences existantes. Parfois, cette approche fragmentée s'est avérée accablante et déroutante. Dans certains cas, les fournisseurs se sont dits préoccupés du fait que leur formation et leurs pratiques initiales étaient critiquées injustement. Il y a aussi eu de la confusion et de l'inquiétude quant à leurs rôles au sein d'un système réformé. Sur la foi de ces observations, les fournisseurs ont formulé les deux suggestions suivantes :**

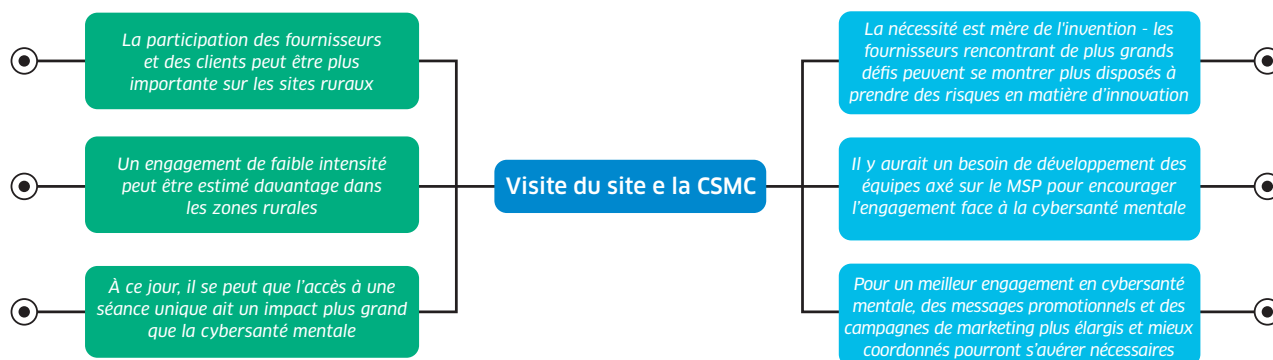
- 1. Adopter une approche favorisant l'esprit d'équipe et faciliter le perfectionnement professionnel pour le Modèle de soins par paliers 2.0 et la cybersanté mentale, et ce, afin de réduire la confusion et de faciliter l'intégration des différentes composantes aux programmes existants.**
- 2. Demander aux experts en communication d'élaborer une campagne de marketing et de messagerie coordonnée afin de faire évoluer les attentes à l'égard des principes de rétablissement et d'aider les fournisseurs et les clients à utiliser les nouvelles ressources.**

Des solutions pratiques ont également été dégagées de ces thèmes. Par exemple, les fournisseurs d'une communauté ont suggéré de scinder le « soutien par les pairs » et les « ateliers psycho-éducatifs » du Palier 3 de sorte que les « ateliers psycho-éducatifs » fassent plutôt partie intégrante du Palier 4. Les fournisseurs d'une autre communauté ont intégré un programme très apprécié nommé « knit and talk » avec les ressources de soutien des pairs au Palier 3.

---

\* Enregistrées lors de visites sur place et de consultations de la CSMC.

**FIGURE 10.** OBSERVATIONS SUR LES VISITES ET LES CONSULTATIONS EN CLINIQUE.



## Questionnaire du fournisseur : résultats de la mise en œuvre

Au total, 32 fournisseurs de soins de santé (y compris les gestionnaires-fournisseurs) ont répondu aux sondages à la suite du processus de mise en œuvre. Ce faible taux de participation (par rapport au niveau de référence) peut être attribuable à un certain nombre de facteurs, notamment les changements d'emplois, la charge de travail, la longueur du sondage et le manque de temps consacré au sondage. Le facteur le plus important est probablement la manière dont le sondage a été mené. Des sondages qui allaient servir de référence ont été remplis lors d'ateliers de formation en personne par des fournisseurs qui ne disposaient que d'une plage de temps limitée à cet effet, tandis que les sondages postérieurs à la mise en œuvre ont été envoyés par courrier électronique. Il est important de noter que, compte tenu du petit nombre de répondants, il s'agit d'un échantillon autosélectionné présentant un risque élevé de biais (autrement dit, nous ne pouvons affirmer avec certitude que les résultats obtenus de ces personnes pourraient s'appliquer à tous les fournisseurs à qui le sondage a été envoyé).

Tous les répondants ont affirmé avoir reçu une formation relative aux soins par paliers\*. Des échantillons de tests -t appariés ont été réalisés pour évaluer les changements avant et après la mise en œuvre (prétest et post-test), et nos analyses à l'intention des fournisseurs et des gestionnaires ont été effectuées séparément.

Pour les fournisseurs, des améliorations importantes ont été observées dans ce qui suit :

- connaissances des soins par paliers
- auto-efficacité dans la mise en œuvre des soins par paliers
- étapes du changement pour adopter des soins par paliers
- connaissances de TAO, Familles solides et Bridge the gApp
- aisance avec Bridge the gApp<sup>†</sup>

Pour les gestionnaires, des améliorations importantes ont été observées dans ce qui suit :

- connaissances des soins par paliers
- étapes du changement pour adopter des soins par paliers
- connaissances et aisance avec Bridge the gApp.<sup>‡</sup>

\* Nombre d'heures de formation déclarées par le fournisseur :  $M = 7,53$  ( $ET = 10,3$ ); gestionnaires :  $M = 7,67$  ( $ET = 6,65$ ).

<sup>†</sup> Voir l'annexe D, tableau D-4 pour plus de détails.

<sup>‡</sup> Voir l'annexe D, tableau D-5 pour plus de détails.

*«J'utilise l'outil TAO. Certains clients l'aiment et d'autres non. La plus grande différence avec les rencontres sans rendez-vous, les séances uniques et la cybersanté mentale est que j'ai plus de temps et de souplesse. Les clients entrent ou réservent un moment avec moi quand ils ont besoin de services. Ils n'ont pas automatiquement de rendez vous semaine après semaine, ce qui engendre un horaire chargé et de nombreuses annulations. Mon emploi du temps est plus dégagé, et je suis étonné de pouvoir participer à des formations et même de pouvoir passer du temps avec des groupes communautaires et de collaboration, ce que je ne pouvais pas faire avant que les programmes ne changent.»*

– Fournisseur

---

Les données qualitatives provenant des questions ouvertes dans le sondage auprès des fournisseurs ont été analysées à l'aide d'une comparaison\*\* constante, fondée sur une méthode théorique. Les données ont été consignées dans Atlas.ti et codées par un programmeur. Par comparaison constante, les 53 codes initiaux ont été fusionnés et réduits au nombre de 46. Les codes et les concepts ont ensuite été mis en corrélation au moyen d'une analyse de réseau (voir la **figure 11**), l'un d'eux étant devenu un concept central : « Les intervenants adoptent les soins par paliers et la cybersanté mentale, mais davantage de ressources sont nécessaires pour une mise en œuvre complète. » Ce concept reposait sur sept citations et était relié (une mesure de densité) aux 52 codes restants. Quatre codes ont émergé en tant que concepts de second niveau : approche centrée sur le client, efficacité du programme, pratiques améliorées du fournisseur, et changements trop nombreux. Aussi, huit codes ont émergé en tant que concepts de troisième niveau : moment opportun et accès rapide, bon programme, efficacité, compétences améliorées, ressources insuffisantes en ce qui a trait aux paliers, trop peu de messagerie, forte demande, et formation et soutien technique inadéquats. Les codes restants ont été organisés à un niveau inférieur par rapport à ces concepts.

*«La gamme de services en cybersanté mentale offerte au public a fourni aux gens des options pour faciliter l'accès aux services. Certaines personnes ont eu recours aux services en ligne d'emblée, tandis que d'autres ont eu recours à ces services en guise de complément aux services traditionnels. Le modèle en ligne a suscité une certaine résistance, mais il évolue de concert avec les demandes des individus qui souhaitent maintenant utiliser des services en ligne comme l'outil TAO. On s'entend sur le fait que les services en ligne ne sont peut-être pas pour tout le monde (du point de vue des préférences personnelles), mais offrir cette option et aider les gens à comprendre ces services constituent un bienfait indéniable.»*

– Gestionnaire de fournisseur

---

Les résultats ont montré que les personnes interrogées comprenaient le concept du Modèle de soins par paliers, et qu'ils avaient, en général, une opinion positive des soins par paliers et de la cybersanté mentale. Plus précisément, les fournisseurs ont estimé que le Modèle de soins par paliers, tout en étant centré sur le client, favorise également son autonomie, son autonomisation et son sens des responsabilités. Ils estiment aussi qu'il se fonde sur des données probantes et qu'il est efficace. Bien que certains aient constaté que le modèle a permis de faire évoluer leurs pratiques, plusieurs pensaient que davantage de mesures de soutien et de formations étaient nécessaires, et que des investissements supplémentaires en ressources s'imposaient, notamment un renforcement du soutien technologique et de l'infrastructure. Certains mythes associés au Modèle de soins par paliers et à la cybersanté mentale ont été exprimés, lesquels pourraient être démontés grâce à une formation additionnelle et une attention accrue portée à la gestion du changement et à la science de la mise en œuvre.

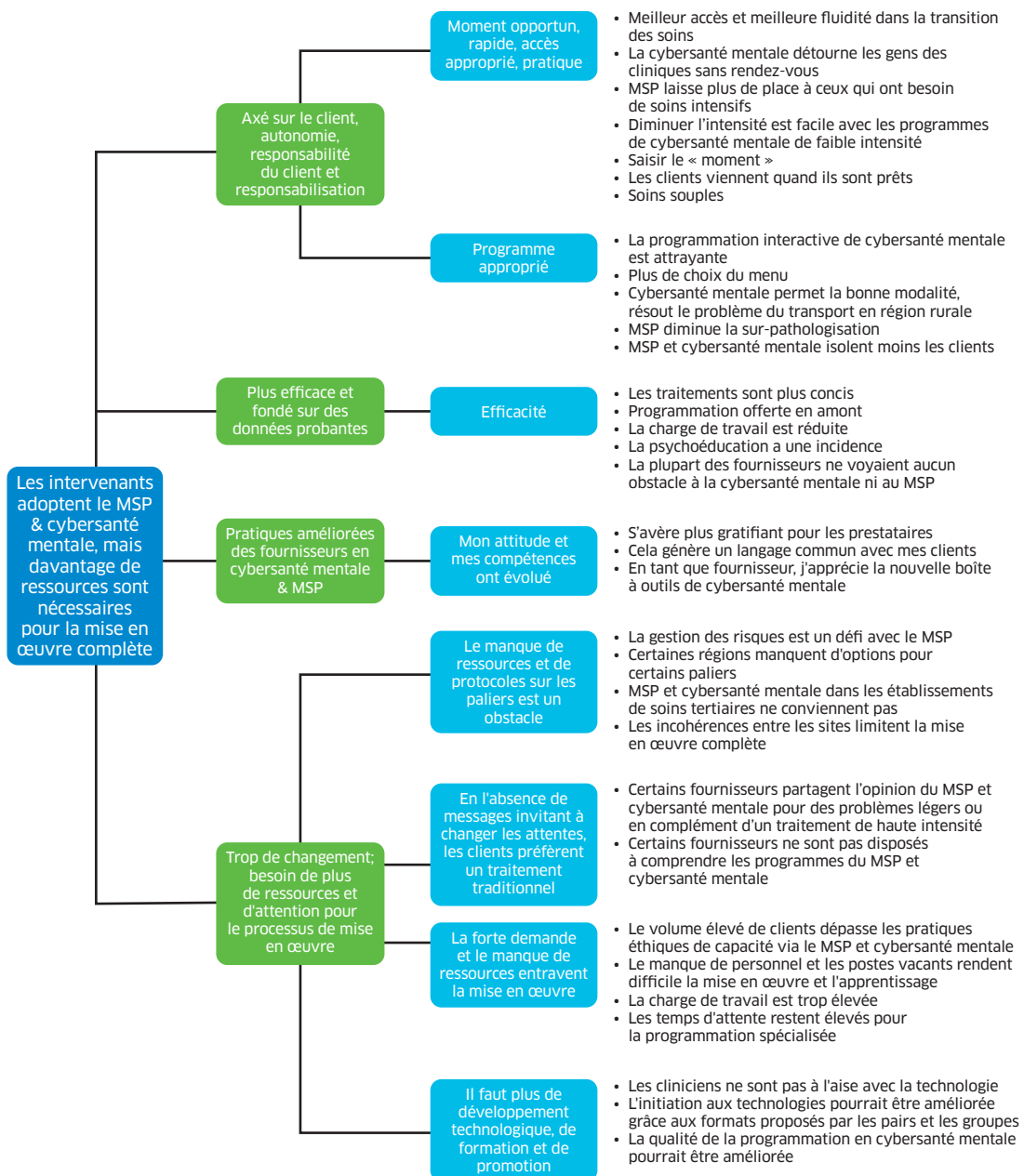
---

\*\* Une méthode d'analyse dont les conclusions sont tirées en testant chaque code au moyen des données, en révisant les codes de façon continue, et en effectuant de nouveaux tests pour s'assurer que les thèmes émergents reflètent directement les données recueillies.

« Doorways a beaucoup aidé les patients de ma pratique en ce qui a trait à la santé mentale. Les principales caractéristiques sont un accès rapide, une intervention professionnelle et compatissante et une capacité de prendre les 30 à 60 minutes requises avec un patient (quand mes journées de travail sont surchargées). À ce jour, je cumule environ 25 témoignages consécutifs d'expériences positives par des patients qui ont utilisé Doorways; ainsi, je propose souvent ses services, que j'approuve fortement. Bien que l'accès aux soins psychiatriques spécialisés demeure un défi, Doorways représente le service de santé mentale le plus pratique et le plus opportun, sans rendez-vous, face à face et financé par le secteur public, que j'ai eu l'occasion de voir au cours de mes deux décennies de pratique médicale ici, à T.-N.-L. Cela était nécessaire depuis de nombreuses années, et il constitue maintenant un élément clé de ma trousse d'outils en santé mentale pour mes patients. »

– Paul Jackman, médecin généraliste et chef de la clinique de soins primaires chez Eastern Health

**FIGURE 11.** THÈMES QUALITATIFS DU SONDAGE DESTINÉS AUX FOURNISSEURS APRÈS LA MISE EN ŒUVRE





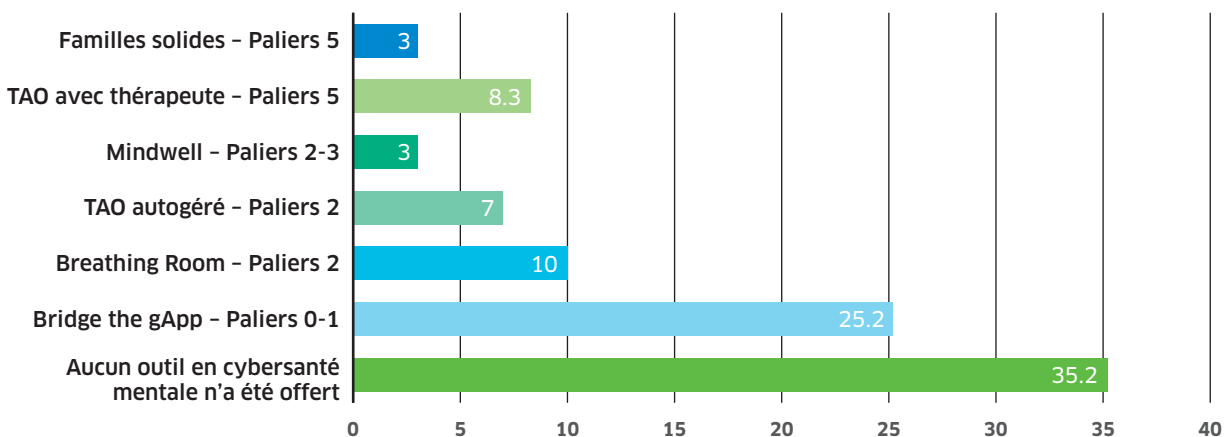
## Résultats du sondage sur la satisfaction de la clientèle

Les données sur la satisfaction des clients se limitaient à un aperçu des expériences des trois derniers mois du projet. Ces données ont été utilisées pour améliorer en continu l'expérience client et aider à faire un suivi de la fidélité au modèle et à la programmation proposés. Dans un petit échantillon non représentatif, 212 sondages ont été effectués auprès de la clientèle entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 25 mars 2019. Pendant cette période, la plupart de ces clients ont indiqué qu'on ne leur avait pas offert d'outils de cybersanté mentale pour accéder à un programme de santé mentale (voir la **figure 12**). Parmi les programmes proposés et testés, Bridge the gApp\* se classe au premier rang (voir les **figures 12 et 13**), tandis que BreathingRoom™† occupe le premier rang des programmes à contenu interactif. Le TAO (version assistée d'un thérapeute) se classe deuxième parmi les programmes les plus fréquemment proposés, tandis que Familles solides (Palier 5) et MindWell-U (Paliers 2 et 3) étaient proposés moins souvent.

Le sondage a également révélé la nature des services auxquels les clients avaient accès en plus des programmes de cybersanté mentale. La **figure 14** les répertorie selon les neuf paliers du Modèle de soins par paliers 2.0 (pas seulement les outils de cybersanté mentale). Alors que le recours à des services plus intensifs s'élevait à 59 % (Paliers 6 à 10), des services de moindre intensité (Paliers 1 à 5) ont aussi suscité un grand intérêt (41 %). Environ la moitié des répondants a déclaré avoir eu recours au counselling du Palier 7. Le service qui arrive au deuxième rang en termes de popularité a été la programmation en ligne interactive du Palier 2. En outre, environ 50 % des clients ont déclaré avoir eu accès à des programmes de cybersanté mentale (aux Paliers 1, 2 et 5). Le programme de séance unique Doorways a également été utilisé par de nombreux clients, même s'il ne constitue pas l'une des étapes du projet actuel.

**FIGURE 12.** SONDAGE SUR LA SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE : POURCENTAGE DE CLIENTS À QUI ONT ÉTÉ OFFERTS DES PROGRAMMES EN CYBERSANTÉ MENTALE (N = 231)

### *Clients à qui l'ont a offert des programmes en cybersanté mentale*

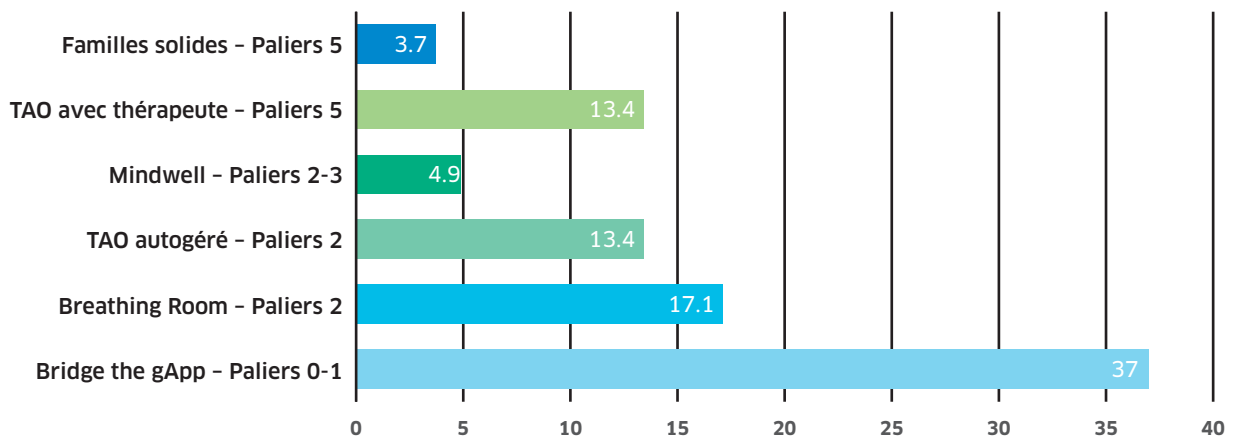


\* Un répertoire sur les services et la littérature en santé mentale du Palier 1.

† Un programme autogéré du Palier 2.

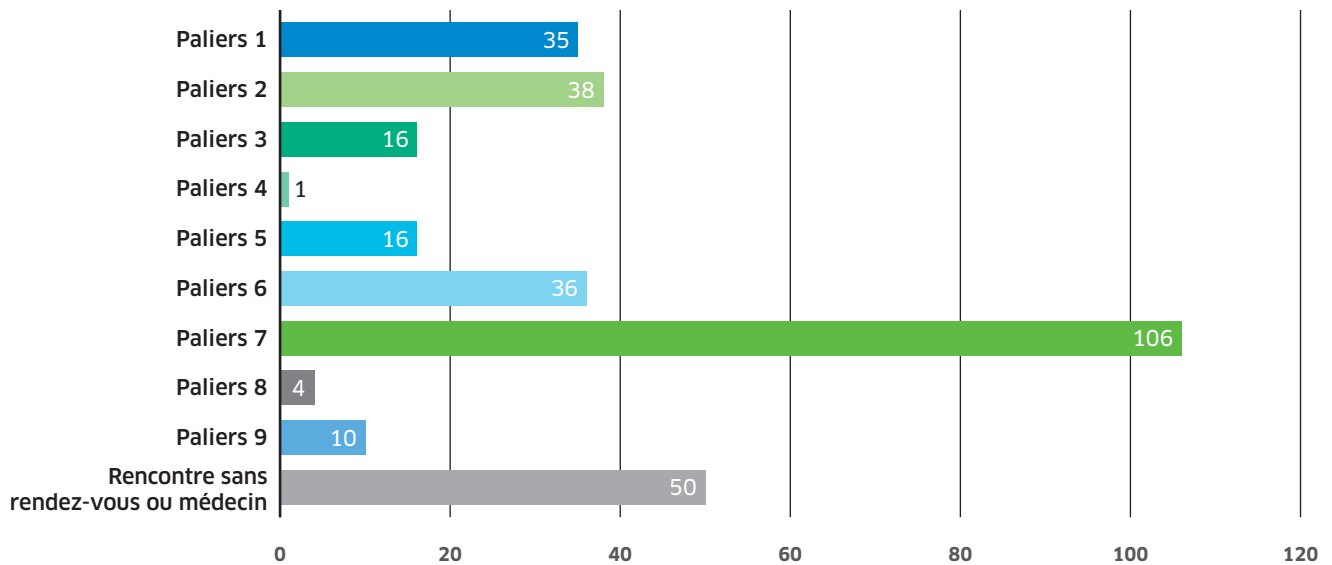
**FIGURE 13.** SONDAGE SUR LA SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE : POURCENTAGE DE CLIENTS QUI ONT FAIT L'ESSAI DES PROGRAMMES EN CYBERSANTÉ MENTALE (N = 75)

*Programmes de cybersanté mentale mis à l'essai par les clients*



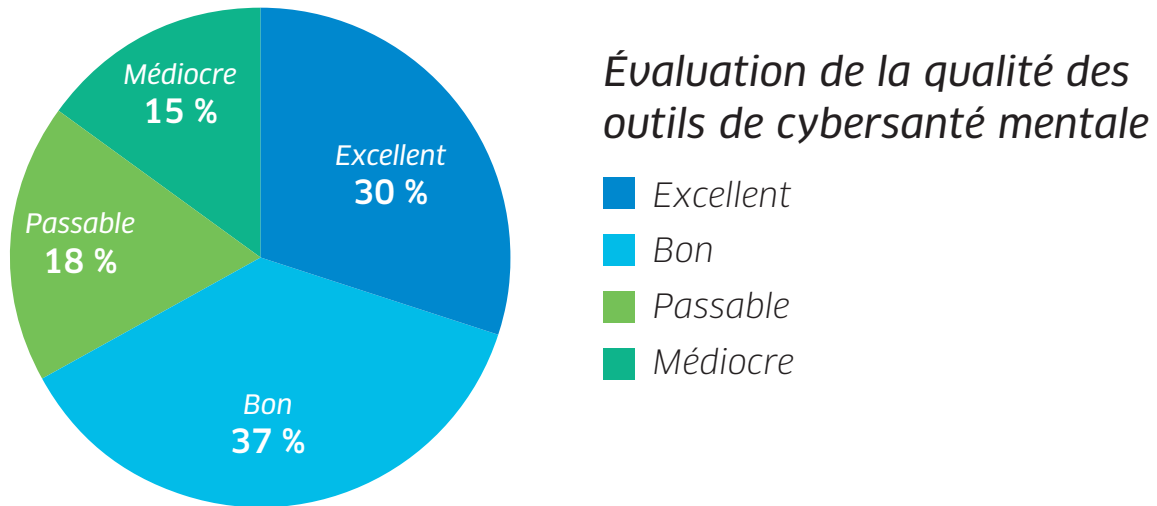
**FIGURE 14.** SONDAGE SUR LA SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE : NOMBRE DE CLIENTS UTILISANT LES SERVICES AUX PALIERS 1 À 9 (N = 231)

*Services utilisés selon le MSP 2.0*



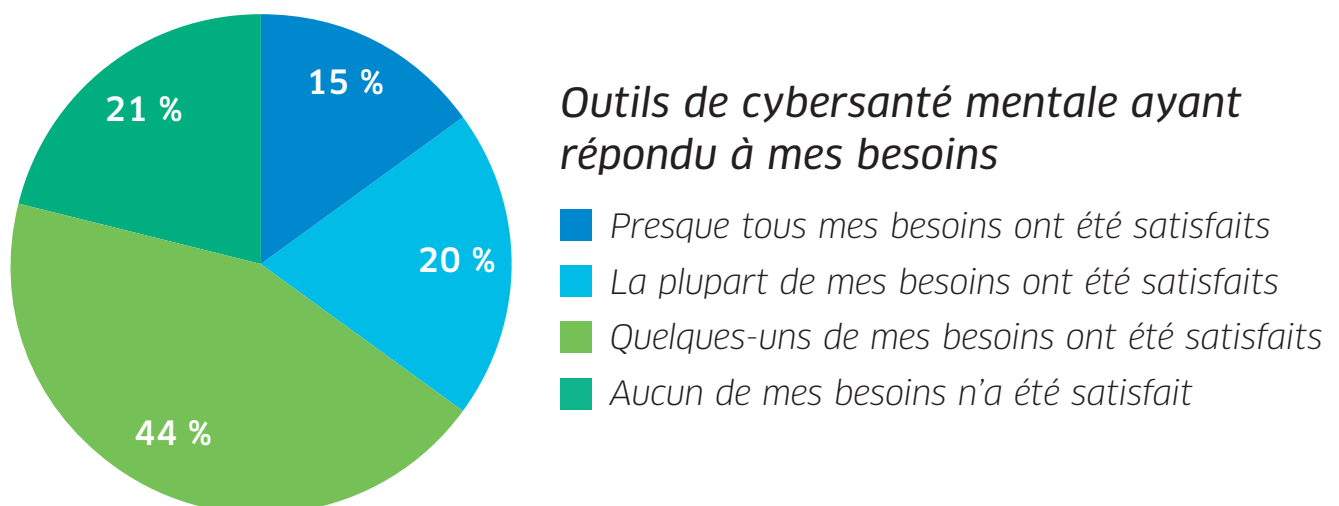
La plupart des clients interrogés ont qualifié de « bonne » ou « excellente » la qualité des outils, tandis que 15 % les ont jugés « médiocres » (voir la **figure 15**).

**FIGURE 15.** SONDAGE SUR LA SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE : ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES PROGRAMMES EN CYBERSANTÉ MENTALE (N = 33)



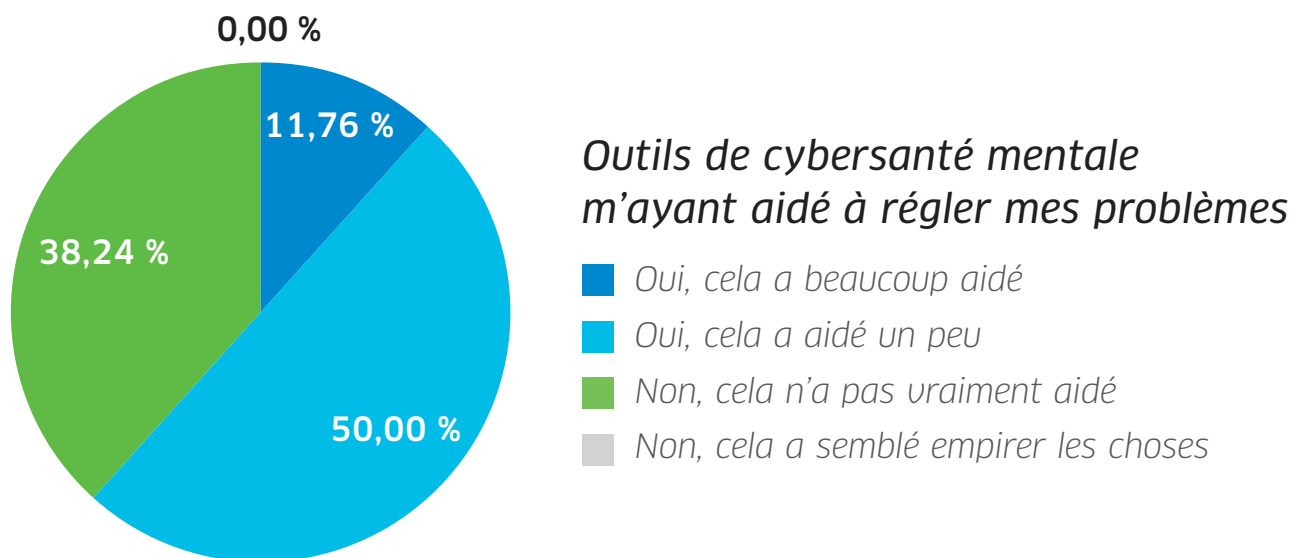
La plupart des personnes interrogées (79 %) ont affirmé que les outils de cybersanté mentale répondaient au moins à certains de leurs besoins, tandis que 21 % ont déclaré qu'ils ne répondaient à aucun de leurs besoins (voir la **figure 16**).

**FIGURE 16.** SONDAGE SUR LA SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE : BESOINS SATISFAITS GRÂCE AUX OUTILS EN CYBERSANTÉ MENTALE (N = 34)



Environ 62 % des clients interrogés ont déclaré que les outils de cybersanté mentale les aidaient à faire face à leurs problèmes (voir **figure 17**). Environ 38 % d'entre eux ont indiqué qu'ils n'avaient pas vraiment aidé, mais personne n'a déclaré que les outils de cybersanté mentale aggravaient la situation.

**FIGURE 17.** SONDAGE SUR LA SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE : FAIRE FACE AUX PROBLÈMES AVEC L'AIDE DES PROGRAMMES EN CYBERSANTÉ MENTALE (N = 34)



## Résultats découlant des groupes de discussion avec les fournisseurs et les intervenants de la communauté

Les groupes d'intervenants communautaires se sont réunis dans six sites communautaires : Clarenville (14 participants), St. John's (13), Grand Falls-Windsor (12), St. Anthony (7), Corner Brook (5) et Goose Bay (5). Le format était le même pour tous, un membre du projet de mise en œuvre dirigeait la discussion, et un autre prenait les notes. Nous avons utilisé cinq questions :

- Que pensez-vous de l'accès aux soins de santé et de la réduction des temps d'attente?
- Que pensez-vous des services de counselling sans rendez-vous comme Doorways?
- Que pensez-vous des programmes et services de cybersanté mentale?
- Que pensez-vous d'une approche par paliers pour offrir les soins de santé mentale?
- Que pensez-vous de la façon dont les changements aux soins de santé mentale sont effectués ou mis en œuvre?

*Une réforme des soins de santé mentale est « quelque chose qui nécessite des mesures immédiates; les taux de suicide, de tentatives de suicide et d'idées suicidaires ont augmenté. »*

– Personne ayant un savoir expérientiel

Lorsque le temps le permettait, nous avons également posé deux questions supplémentaires :

- Si nous devions continuer d'apporter des changements en ce sens, quelle devrait être la prochaine étape?
- Si nous devions annuler certaines modifications, quels éléments devrions-nous rétablir?

*Avant l'arrivée des soins par paliers, « c'était comme attendre d'avoir accès à une excavatrice, alors que vous n'aviez besoin que d'une petite pelle ».*

– Personne ayant un savoir expérientiel

---

Les deux groupes de fournisseurs se sont réunis dans quatre cliniques communautaires ou dans le cadre d'environ trois vidéoconférences GlobalMeet. Trois fournisseurs et quatre gestionnaires ont également fourni des réponses écrites pour eux-mêmes et (ou) leurs équipes de fournisseurs au lieu de participer aux groupes de discussion. Ici, nous avons utilisé six questions :

- Veuillez nous faire part de vos expériences concernant l'amélioration de l'accès et la réduction des temps d'attente.
- Faites-nous part de vos expériences de la programmation en ligne sur la santé mentale.
- Faites-nous part de vos expériences liées aux principes et pratiques de soins par paliers.
- Faites-nous part de votre expérience du processus de mise en œuvre de la cybersanté mentale et des soins par paliers.
- Qu'est-ce qui a donné les meilleurs résultats?
- Qu'est-ce qui a donné de moins bons résultats?

*« J'ai utilisé l'outil TAO même avec des clients plus jeunes (de 12 ou 13 ans) pour acquérir des compétences (la bibliothèque Mindfulness, par exemple). J'aime avoir accès à ces services. »*

– Fournisseur A

---

Une fois encore, les données du groupe de discussion ont été analysées à l'aide de la méthode théorique fondée sur la comparaison constante. Les données ont été saisies dans Atlas.ti et codées par un programmeur. Au départ, 62 codes ont été générés et, par comparaison constante, ont été réduits à 13 concepts reliés par une analyse de réseau.

Le thème central qui a émergé, et qui portait sur les attitudes et les perceptions mitigées des participants, était « l'insuffisance des travaux scientifiques de mise en œuvre ». Bien qu'enthousiastes par rapport aux outils du Modèle de soins par paliers et de la cybersanté mentale, ils ont affirmé que ces outils pourraient être améliorés en accordant une plus grande attention aux processus de mise en œuvre, en particulier l'amélioration de la technologie et de la stratégie de marketing, ainsi que l'ajout de formations sur les programmes et la collaboration interprofessionnelle. Ces sentiments mitigés sont bien exprimés dans le commentaire du fournisseur B : même si le modèle offre un accès rapide, le jumelage ne correspond peut-être pas encore aux préférences du client.

*« Une cliente a décrit cela comme de passer à la caisse rapide chez Walmart pour voir n'importe quel caissier disponible. Elle souhaitait principalement obtenir une évaluation par un psychiatre et a reçu de nombreux services en attendant. L'accès est rapide, mais ne correspond peut-être pas à ce dont vous avez besoin. »*

– Fournisseur B

---

## Résultats relatifs aux temps d'attente et à l'accès aux programmes

**Temps d'attente pour les services.** Entre 2017 et 2018, les temps d'attente à T.-N.-L. pour obtenir des services en santé mentale et toxicomanie ont été réduits de 68 %. Cette réduction est probablement due à une combinaison des facteurs suivants :

- La mise en œuvre du plan d'action *Towards Recovery*
- L'affectation d'une équipe de spécialistes pour réduire les temps d'attente
- L'introduction de changements tels que des interventions en une séance unique offertes dans les cliniques sans rendez-vous Doorways et des services de cybersanté mentale
- L'arrivée de processus et de pratiques incitant à améliorer la qualité dans les régies régionales de la santé
- La mise en œuvre du présent projet de démonstration

**Résultats relatifs aux données de Doorways.** Avec plus de 4 400 visites dans plus de 50 cliniques sans rendez-vous Doorways, les temps d'attente dans l'ensemble de la province ont été réduits à un point tel que certaines communautés signalent désormais une absence complète de temps d'attente.

## Résultats relatifs au programme en cybersanté mentale (Paliers 1 à 5)

**Données d'utilisation de Bridge the gApp (Palier 1).** Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2018, le site Web Bridge the gApp a attiré 28 000 utilisateurs, en 43 000 séances (d'une durée moyenne de 2,5 minutes) et affichait un taux de rebond<sup>†</sup> de 47 %. Environ 61 % de ces utilisateurs étaient âgés de 18 à 34 ans. La plupart des adresses IP des utilisateurs se trouvaient au Canada, aux États-Unis, en Australie et en Asie.

**Données d'utilisation de BreathingRoom™ (Palier 2).** D'avril à septembre 2018, les données relatives à BreathingRoom™ ont révélé qu'il comptait 331 utilisateurs actifs, dont 82 % étaient des femmes, 16 % des hommes et 2 % des personnes ayant une identité de genre différente. Le programme a principalement été utilisé par des adultes, ce qui est un peu surprenant étant donné que le public cible correspond aux jeunes de 12 à 25 ans. Les utilisateurs ont appris l'existence du programme surtout par l'entremise de recommandations de professionnels de la santé. Cependant, 48 % en ont fait la découverte par un autre moyen, à l'extérieur du système de santé officiel.

---

<sup>†</sup> Pourcentage d'utilisateurs qui quittent un site Web après avoir consulté une seule page.

**Données d'utilisation de MindWell U (Paliers 2 et 3).** Selon un suivi interne, le défi de 30 jours sur la pleine conscience de MindWell-U à T.-N.-L. compte 2 055 participants depuis son lancement en juin 2016. Durant cette période, ces personnes ont suivi 34 519 séances de méditation Take 5 (totalisant 1 726 heures). Le suivi de l'application MindWell-U a révélé des niveaux élevés de satisfaction des participants (98 % étaient satisfaits et 98 % utilisaient quotidiennement les outils du programme). Au total, 41 % avaient achevé plus de la moitié du programme de 30 jours, et 22 % des gens l'avaient mené à terme complètement. Plus de 90 % ont noté des progrès dans la gestion du stress ou des conflits, ainsi que des améliorations dans la communication et la gestion de la santé mentale et physique.

**Résultats relatifs au programme de soutien par les pairs de CHANNAL (Palier 3).** Une utilisation accrue de tous les programmes des pairs de CHANNAL a été observée au cours de la démonstration du projet. Pendant cette période, l'utilisation de la Ligne de réconfort, qui est le programme le plus utilisé, a augmenté de 29 % (passant de 10 280 appels en 2017 et 2018 à 13 212 appels en 2018 et 2019). Le soutien par les pairs offert dans les cliniques à séance unique de Doorways a plus que doublé (passant de 545 à 1 204). Le **tableau 2** indique la moyenne d'entretiens mensuels.

**TABLEAU 2. NOMBRE MOYEN DE CONTACTS MENSUELS POUR LES PROGRAMMES CHANNAL, AVANT ET PENDANT LE PROJET**

Année	Ligne de réconfort	Groupes de familles et de pairs	Rencontres individuelles	Doorways
Avant le projet : 1 <sup>er</sup> mars 2017 au 30 avril 2018	857	299	55	45
Pendant le projet : 1 <sup>er</sup> mars 2018 au 30 avril 2019	1 101	312	63	100

**Données d'utilisation de l'outil TAO (Palier 5).** Au mois de septembre 2018, le projet de démonstration était entièrement fonctionnel. Des évaluations relatives à l'efficacité des thérapies en ligne du TAO ont été réalisées entre août 2018 et janvier 2019 (les données du dernier mois étaient disponibles). Les données du TAO recueillies entre janvier et juin 2018 ont été utilisées comme mesure de la mise en œuvre précoce. Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS Statistics 25 d'IBM.

Entre janvier 2018 et janvier 2019, 330 personnes ont suivi le BHM-20 au moins une fois (voir le **tableau 3**). Il y a eu une nette diminution du nombre de personnes (41) qui ont terminé les séances de suivi des résultats six fois ou plus.

**TABLEAU 3. SURVEILLANCE CONTINUE DES RÉSULTATS DU TAO ENTRE JANVIER 2018 ET JANVIER 2019**

Nombre de fois que le BHM-20 a été suivi	
1 (Jour 0)	330
2 (Jour 11)	192
3 (Jour 24)	130
4 (Jour 37)	89
5 (Jour 48)	62
6+(Jour 57+)	41

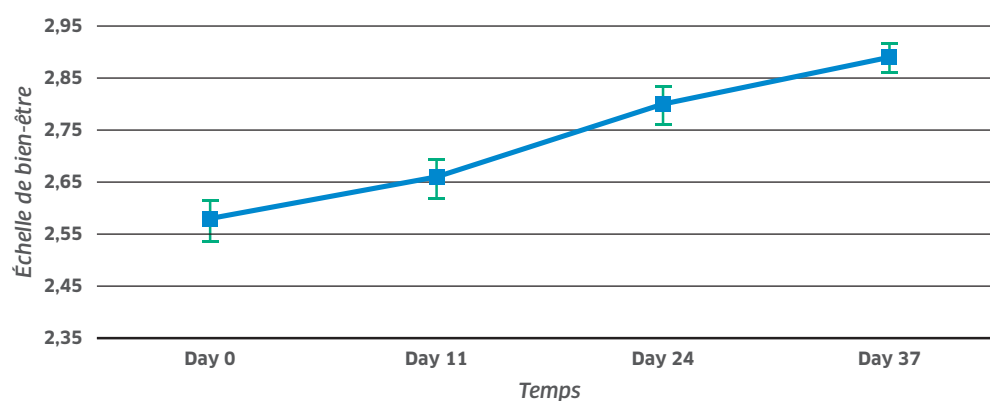
### Effet du TAO sur les résultats en santé mentale

Nous avons effectué d'autres analyses auprès des 192 personnes ayant suivi le BHM-20 au moins deux fois, en utilisant l'analyse de la variance de mesures répétées (ANOVA) sur quatre résultats du TAO : (1) santé mentale générale, (2) bien-être, (3) fonctionnement dans la vie et (4) symptomatologie<sup>‡</sup>.

## SANTÉ MENTALE GÉNÉRALE

Le temps était un facteur important pour la santé mentale générale<sup>§</sup>. Les scores des participants à la sous échelle de santé mentale générale du BHM-20 se sont améliorés progressivement entre janvier 2018 et janvier 2019 (voir la **figure 18**).

**FIGURE 18.** RÉSULTATS DE L'OUTIL TAO EN SANTÉ MENTALE : CHANGEMENTS DANS LA SANTÉ MENTALE GÉNÉRALE AU FIL DU TEMPS\*\*



## MIEUX-ÊTRE

Le temps était un facteur important du bien-être<sup>††</sup>. Les scores des participants sur la sous échelle de bien-être du BHM-20 ont augmenté progressivement entre janvier 2018 et janvier 2019 (voir la **figure 19**).

<sup>‡</sup> Afin de minimiser les biais éventuels dus à l'attrition, les données manquantes ont été imputées en utilisant une maximisation des attentes avec 50 itérations.

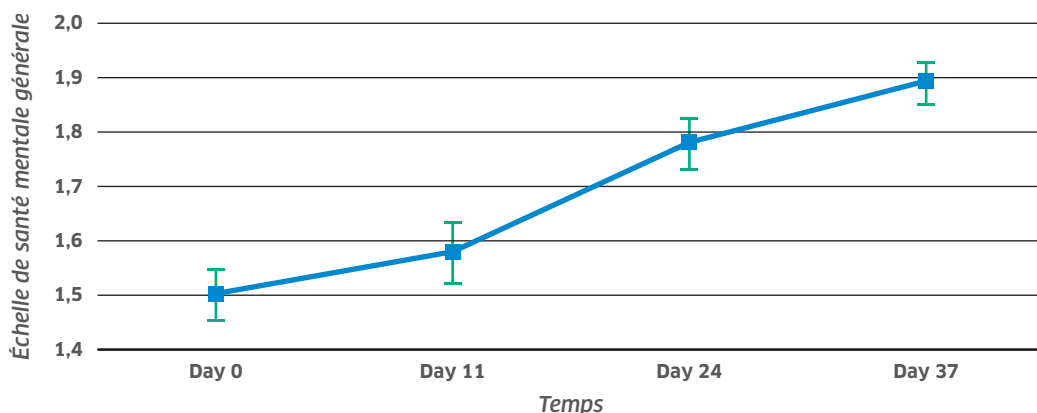
<sup>§</sup>  $F$  (F-distribution) (3, 189) = 21.34,  $SE = 0.11$ ,  $p < .01$ , ( $\eta^2$  (éta partiel au carré) = .25 avec un contraste linéaire significatif,  $F(1, 191) = 62.30$ ,  $SE = 0.16$ ,  $p < .01$ ,  $\eta^2 = .25$ ).

\*\*  $N = 192$ . Les barres d'erreur représentent l'erreur type de la moyenne.

<sup>††</sup>  $F(3, 189) = 19.20$ ,  $SE = 0.23$ ,  $p < .01$ ,  $\eta^2 = .23$  avec un contraste linéaire significatif,  $F(1, 191) = 57.21$ ,  $SE = 0.32$ ,  $p < .01$ ,  $\eta^2 = .23$ .



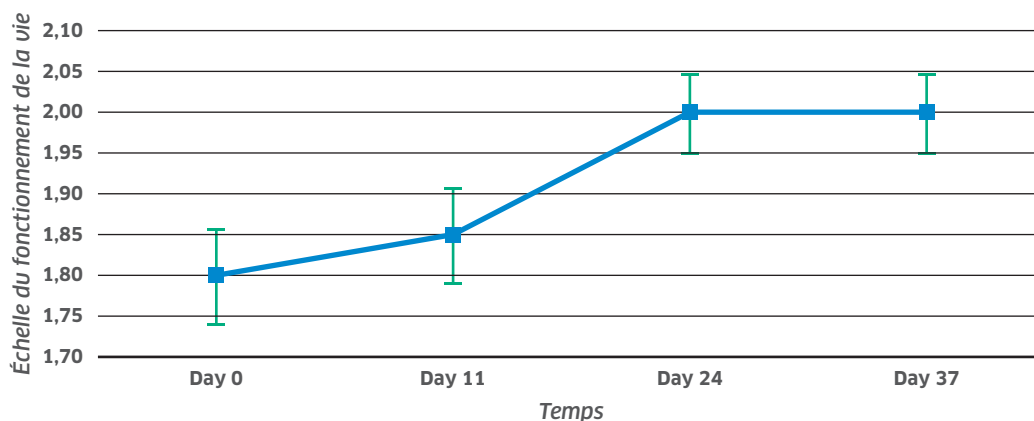
**FIGURE 19.** RÉSULTATS DE L'OUTIL TAO EN SANTÉ MENTALE : CHANGEMENTS AU NIVEAU DU BIEN ÊTRE<sup>\*\*\*</sup>



## FONCTIONNEMENT DANS LA VIE

Le temps était un facteur important de la capacité de bien fonctionner dans la vie<sup>§§</sup>. Les scores des participants sur la sous-échelle du fonctionnement dans la vie du BHM-20 ont augmenté progressivement entre janvier 2018 et janvier 2019 (voir la **figure 20**).

**FIGURE 20.** RÉSULTATS DE L'OUTIL TAO EN SANTÉ MENTALE : CHANGEMENTS DU FONCTIONNEMENT DANS LA VIE<sup>\*\*\*</sup>



## SYMPTOMATOLOGIE

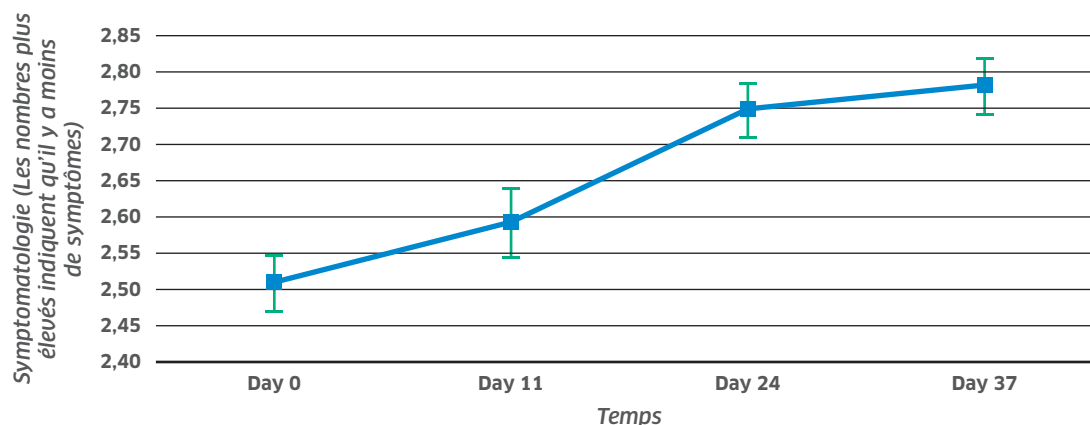
Le temps était un facteur important de la symptomatologie<sup>†</sup>. Les résultats ont démontré une amélioration progressive de la symptomatologie entre janvier 2018 et janvier 2019 (voir la **figure 21**).

<sup>\*\*\*</sup> N = 192. Les barres d'erreur représentent l'erreur-type de la moyenne.

<sup>§§</sup>  $F(3, 189) = 6.44, SE = 0.22, p < .01, \eta^2 = .09$  avec un contraste linéaire significatif,  $F(1, 191) = 7.22, SE = 0.38, p < .01, \eta^2 = .09$ .

<sup>†</sup>  $F(3, 189) = 20.04, SE = 0.11, p < .01, \eta^2 = .24$  avec un contraste linéaire significatif,  $F(1, 191) = 58.32, SE = 0.16, p < .01, \eta^2 = .23$ .

**FIGURE 21.** RÉSULTATS DE L'OUTIL TAO EN SANTÉ MENTALE : CHANGEMENTS DE LA SYMPTOMATOLOGIE<sup>†††</sup>



#### Nombre de personnes réalisant des changements fiables au niveau de leurs symptômes

Nous avons aussi utilisé une deuxième méthode afin d'évaluer l'effet des services de santé mentale; cette méthode se nomme l'indice de changement fiable (RCI). Un indice RCI indique le score limite à partir duquel les changements de mesure au fil du temps seraient statistiquement significatifs<sup>§§§</sup>.

La variation des sous-échelles du BHM-20 a été calculée en soustrayant le score de l'individu lors de la première administration de son score obtenu lors de la quatrième administration. Le RCI a été calculé pour l'amélioration (c'est-à-dire ceux dont les scores dépassaient le RCI dans un sens positif) et la détérioration (c.-à-d. dans un sens négatif). Le nombre de personnes ayant obtenu un changement fiable après avoir eu recours au TAO sur une période moyenne de 37 jours (quatre administrations du BHM-20) est présenté dans le **tableau 4**.

**TABLEAU 4.** NOMBRE DE PERSONNES OBTENANT UN CHANGEMENT FIABLE SUR LE BHM 20

Variable	Janvier 2018 à juin 2019		
	Amélioration	Aucun changement	Détérioration
Santé mentale générale	32 (17 %)	158 (82 %)	2 (1 %)
Bien-être	55 (29 %)	129 (67 %)	8 (8 %)
Fonctionnement dans la vie	50 (26 %)	121 (63 %)	21 (11 %)
Symptomatology	63 (33 %)	113 (59 %)	16 (8 %)

**Institut des familles solides – usage et résultats (Palier 5).** L'Institut des familles solides a recueilli des données détaillées concernant les résultats des utilisateurs de son programme de traitement de l'anxiété. Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2018, 469 clients ont amorcé le traitement et 335 ont participé aux six séances. L'Institut procède à une brève entrevue téléphonique avec l'enfant et sa famille (BCFPI) et utilise un questionnaire Likert en cinq points pour évaluer les résultats au moyen des notations des parents. Selon l'Institut des familles solides, 250 clients ont réussi à résoudre leurs problèmes (BCFPI), 11 clients ont témoigné de certaines améliorations, et six personnes n'ont vu aucun progrès. Les évaluations de 423 parents étaient également favorables :

- Très bonne amélioration 177
- Bonne amélioration 160
- Une légère amélioration 33
- Un peu d'amélioration 50
- Aucune amélioration 3

<sup>†††</sup> N = 192. Les barres d'erreur représentent l'erreur-type de la moyenne.

<sup>§§§</sup> Les RCI des échelles BHM-20 sont présentés à l'annexe D, tableau D-6.

# Discussions et recommandations préliminaires



Dans le cadre de notre projet de démonstration, nous souhaitons présenter le Modèle de soins par paliers 2.0 à Terre-Neuve-et-Labrador. Ce nouveau modèle de soins visait à structurer et à améliorer un certain nombre de programmes lancés simultanément au sein de la province, notamment la stratégie *Towards Recovery*, les cliniques à séance unique ainsi qu'une série de programmes de cybersanté mentale.

Les premiers résultats suggèrent que le Modèle de soins par paliers 2.0 a contribué à mobiliser les intervenants dans leurs efforts visant à améliorer l'accès aux services et à réduire les temps d'attente. Ces résultats reflètent également l'utilisation croissante des programmes de cybersanté mentale et les expériences généralement positives qui s'y rattachent. Lorsque l'on combine les données sur les temps d'attente du système avec les commentaires des intervenants (fournisseurs, gestionnaires, clients et membres de la communauté) et les données d'utilisation des fournisseurs de programmes, on constate un accueil favorable de la programmation en cybersanté mentale au moyen d'un modèle de soins par paliers pour structurer et exécuter les programmes. Les clients ont exprimé une grande satisfaction à l'égard de la cybersanté. Quant à la satisfaction des fournisseurs envers les soins par paliers et la cybersanté mentale, elle était encore plus élevée. L'état de préparation des fournisseurs et leur enthousiasme envers le modèle et la cybersanté mentale avaient également augmenté à la fin du projet, comparativement à ce qu'ils étaient au début de celui-ci.

À ce stade, toutefois, ces résultats doivent être considérés comme préliminaires seulement. Le taux de réponse était faible, et la période de mise en œuvre était beaucoup plus courte (moins de deux ans) par rapport aux recommandations des experts scientifiques. Avec un projet transformationnel d'une telle ampleur, il faut plus de temps et d'attention pour assurer une mise en œuvre complète. Plusieurs enjeux en matière de gestion du changement et de défis contextuels doivent être abordés afin de combler les lacunes et éliminer les obstacles révélés par le projet. Il existe également plusieurs limites au chapitre des données contenues dans ce rapport :

- Les données tirées du questionnaire des clients ne sont pas représentatives de la population de T.-N.-L.
- L'échantillon était de petite taille et composé principalement de femmes ayant un niveau d'éducation supérieur à la norme.
- Le faible taux de réponse des fournisseurs après la mise en œuvre donne à penser qu'ils ne sont pas représentatifs de la population de fournisseurs.
- Les données relatives aux résultats des clients pour le programme de cybersanté mentale ont été recueillies sur une courte période, sans suivi à plus long terme.
- La petite taille de l'échantillon de certains programmes limitait la possibilité de généraliser leurs résultats.

Une période de mise en œuvre plus longue, un intervalle d'évaluation plus long et une meilleure représentation des populations échantillonnées permettraient d'obtenir des résultats plus significatifs. Par conséquent, au lieu de fournir une évaluation approfondie de la cybersanté mentale et du Modèle de soins par paliers 2.0, les résultats du présent projet sont mieux compris lorsqu'ils sont présentés comme étant les assises d'une évaluation plus rigoureuse.

Le projet de démonstration a servi de première étude de mise en œuvre visant l'intégration d'une programmation en cybersanté mentale dans un modèle de soins par paliers fondé sur des principes de rétablissement. Le nombre de fournisseurs ayant reçu une formation sur les programmes de cybersanté mentale a augmenté dans tous les sites au cours de la période du projet. Dans l'ensemble, l'expérience des fournisseurs en matière de cybersanté mentale et de soins par paliers était positive; seuls quelques obstacles ou difficultés ont été relevés. Dans nos résultats de référence, nous avons constaté une différence significative entre les fournisseurs ruraux et urbains, les fournisseurs ruraux démontrant une acceptation et une utilisation accrues de la cybersanté mentale et des soins par paliers. Les résultats du questionnaire de nos clients ont révélé que de nombreux fournisseurs n'offraient pas d'emblée des services de cybersanté mentale. Pourtant, quand ils ont commencé à le faire, les clients les ont essayés et les ont accueillis favorablement. Environ la moitié des clients interrogés avaient fait l'essai d'un des outils ou services de cybersanté mentale, et la plupart le qualifiaient de « bon » ou « excellent », tout en affirmant qu'il les aidait à résoudre leurs problèmes. Alors que les clients utilisaient couramment le counselling en personne pour des besoins de haute intensité, les données du sondage et de l'utilisation des programmes ont montré que les séances sans rendez-vous (p. ex. Doorways) et de faible intensité (p. ex. cybersanté mentale et soutien par les pairs) étaient des ressources également très utilisées. Une utilisation aussi vaste suggère que le Modèle de soins par paliers 2.0 a réussi à promouvoir et à élargir l'éventail de possibilités pour répondre aux besoins variés des gens et respecter l'état de préparation de la population.

Une réduction substantielle des temps d'attente s'est également produite pendant la période du projet. Les listes d'attente pour obtenir des services ont été réduites dans toutes les régions, alors qu'elles avaient entièrement été éliminées dans certaines régions. Bien que cette réduction découle d'un travail d'envergure au sein des ministères et des groupes de travail visant à redéfinir les services, notre projet de démonstration a probablement contribué à la réduction des délais d'attente en renforçant et en appuyant ces changements. La diffusion des programmes de cybersanté mentale et des services sans rendez-vous Doorways dans le cadre d'une séance unique (composante clé du Modèle de soins par paliers 2.0) a fourni une approche systématique, fondée sur les principes du rétablissement, pouvant être utilisée par les fournisseurs pour organiser les soins offerts.

Bien qu'il ne soit pas possible de conclure de manière définitive que les programmes de cybersanté mentale ou les soins par paliers ont eu pour effet d'améliorer les résultats en matière de santé mentale, les données provinciales sur les temps d'attente indiquent que les personnes confrontées à des problèmes de santé mentale ont effectivement bénéficié d'un accès rapide aux services et que la promotion et l'accessibilité des programmes de faible intensité ont permis de répondre à certaines préoccupations liées à la santé mentale. Par exemple, les personnes utilisant l'outil TAO ont constaté une amélioration de leur bien-être, et l'ampleur des effets était comparable à celle généralement associée à des rencontres de counselling en personne qui sont plus coûteuses, et qui sont destinées à des besoins de haute intensité.

Le projet de démonstration a fourni de nombreuses leçons sur le terrain fondées sur des éléments de preuve anecdotiques, des discussions en groupes de travail et des analyses qualitatives. Sans surprise, une grande partie de ce que nous avons appris révèle des lacunes liées aux processus, aux ressources et aux intervenants, lesquels jouent un rôle important pour faciliter l'innovation dans le système. Voici des exemples de ces lacunes :

**Élaboration d'une infrastructure technologique.** Le succès des soins par paliers dépend en grande partie du suivi des résultats et de l'intégration au sein du système de soins de santé au sens large. Très peu de professionnels de la santé mentale ont recours à un programme de suivi des résultats, et très peu s'y adonnent de façon régulière. Les soins par paliers visent à rectifier ce problème. Pour les besoins de notre projet, un tel suivi aurait obligé tous les sites à disposer de la technologie nécessaire pour mesurer et enregistrer continuellement les résultats. La possibilité d'intégrer ces renseignements dans les dossiers médicaux des clients aurait entraîné une meilleure collaboration interprofessionnelle et une plus grande continuité dans la planification des soins par paliers.

Nous avons prévu d'utiliser le système de suivi des résultats Celest Health – qui comprend des mesures de gravité des symptômes et des échelles de risque, de bien-être, d'alliance thérapeutique et de préparation au changement – à administrer à chaque séance de traitement ou d'interaction clinique. Au départ, nous avons alloué 12 mois pour mettre en œuvre le système, mais il est devenu évident plus tard, en fonction de plusieurs facteurs, que certains ajustements étaient nécessaires\*\*\*\*. Ces ajustements consistent à :

- Équiper les cliniques d'infrastructures telles qu'un accès internet sans fil fiable et des iPad et embaucher du personnel de soutien;
- Veiller au respect des règlements sur la protection de renseignements personnels;
- Assurer la compatibilité avec les systèmes de dossiers électroniques.

Bien que nous ayons collaboré avec des représentants de NLCHI et d'Inforoute Santé du Canada pour tenter de mettre en place l'infrastructure plus rapidement, nous suggérons que ces organisations et les responsables informatiques des régies régionales de la santé soient considérés dès le départ comme membres à part entière de l'équipe de mise en œuvre.

Nous recommandons également de développer une plate-forme pour héberger tous les outils de cybersanté mentale, notamment un outil de suivi. Il pourrait s'agir d'élargir le portail Bridge the gApp, qui fournit à l'heure actuelle des renseignements uniquement sur les ressources en santé mentale et l'accès aux programmes auto-gérés du Palier 2. Cette extension pourrait aider les clients et, le cas échéant, permettre de surveiller l'incidence d'un programme en particulier, de façon à mieux orienter les décisions relatives au choix des différents paliers. Idéalement, cette plate-forme pourrait interagir avec le dossier de santé provincial et présenter des écrans du tableau de bord distincts pour les clients, les fournisseurs et les administrateurs.

---

\*\*\*\* En raison de ce délai, les résultats du BMH-20 ne sont pas rapportés ici; cependant, ceux-ci sont rapportés par les fournisseurs de services en cybersanté mentale.

**Pleine participation des professionnels de la santé.** Aucun médecin de soins primaires ni psychiatre n'a participé à la conception du Modèle de soins par paliers 2.0, à la mise sur pied de la clinique sans rendez-vous ou à la sélection d'une technologie de cybersanté mentale, et les professionnels de la santé n'étaient pas représentés dans l'équipe de projet. Ces décisions ont été prises à l'origine pour nous aider à gérer l'ampleur de la transformation. Toutefois, en cours de route, nous avons découvert qu'un petit groupe de médecins de famille était déjà en train de mettre en œuvre sa propre version des soins par paliers dotée d'un volet sur la cybersanté mentale. Nous avons également constaté que le principe d'accès rapide du Modèle de soins par paliers 2.0 (moins d'importance accordée à l'évaluation initiale) cadrerait également avec la médecine familiale et la prestation de soins de santé primaires. Au final, la décision d'exclure les professionnels de la santé a contribué à la rareté des occasions d'amélioration. Nous recommandons donc qu'une participation professionnelle plus importante soit envisagée dès le début du processus de conception et de mise en œuvre.

**Messages concernant le nouveau modèle.** De nombreux intervenants, utilisateurs de services, intervenants communautaires et fournisseurs étaient curieux et désireux d'obtenir plus de renseignements sur le nouveau programme et la manière d'y accéder. Ils étaient prêts au changement et enthousiastes à l'égard des principes et objectifs du projet, ainsi que de son processus d'accès rapide, ses outils de cybersanté mentale et sa capacité de naviguer plus facilement à travers les paliers et les variétés de soins. Cependant, l'élaboration d'un système de soins suppose l'intégration d'un large éventail de programmes et de processus dans une structure plus élégante et naturelle. Nous croyons donc qu'une participation plus hâtive d'experts en communication, en conception graphique et en marketing faciliterait le processus visant à exprimer la complexité du programme dans un format plus compréhensible. Initialement, cela aurait pu accélérer le processus de mise en œuvre chez les professionnels et, à terme, jeter les bases de la diffusion de messages publics insistant sur un accès adéquat et efficace aux programmes.

**Perfectionnement professionnel mieux coordonné.** Conformément au principe de l'état de préparation, la participation des fournisseurs à cet aspect du projet se déroulait sur une base volontaire. Au début, le nombre de personnes ayant suivi une formation était relativement faible, mais à la fin, la participation avait plus que doublé – notamment avec une croissance particulièrement forte pour l'outil TAO. Bien que cette expansion organique ait rendu difficile la collecte de données significatives avant et après la formation, il s'agit tout de même d'une mesure de succès du modèle et de la stratégie de formation. Cela dit, nous recommandons que la future stratégie de mise en œuvre adopte une approche plus structurée pour orienter les fournisseurs de services bénévoles, de manière à ce que ceux qui se joignent au groupe après le début du projet puissent être informés plus facilement. En outre, le programme de formation pourrait être plus formellement intégré au cadre de soins par paliers. Les fournisseurs pourraient ainsi comprendre en quoi les nouvelles approches peuvent s'harmoniser aux pratiques traditionnelles et reconnaître plus facilement la manière dont les composants s'imbriquent les uns aux autres.

## Facilitateurs de la mise en œuvre du Modèle de soins par paliers 2.0.

Le projet de démonstration en cybersanté mentale du Modèle de soins par paliers 2.0 présenté à T.-N.-L. a suscité un grand intérêt aux niveaux national et international. L'intérêt s'est manifesté en 2014 lors d'une présentation de la version de l'UMTN dans le cadre d'une conférence internationale à Chicago. Depuis, des ateliers de formation ont été organisés dans près de 150 organisations en Amérique du Nord et ailleurs (voir l'annexe C). Comme pour le Modèle de soins par paliers 2.0 présenté à T.-N.-L., la formation dispensée sur ces sites était axée sur la conception conjointe et l'adaptation aux conditions locales et aux ressources existantes. Parmi eux, mentionnons des sites en Ontario et en Alberta où les services de santé mentale sont plus décentralisés et où beaucoup moins de directives sont reçues de la part des gouvernements provinciaux. En consultant d'autres organisations à l'extérieur de T.-N.-L., nous avons découvert plusieurs facteurs uniques qui ont permis à la province de se distinguer et de devenir un chef de file dans ce domaine. Ces facteurs habilitants comprennent :

1. La volonté politique de transformer le système de santé mentale et de lutte aux dépendances par l'entremise de technologies de cybersanté mentale et de modèles de soins par paliers comme outils de soutien.
2. Le rapport et le plan d'action du Comité multipartite *Towards Recovery*, qui recommande spécifiquement l'avancement du modèle de soins par paliers et des outils de cybersanté mentale.
3. Le personnel dédié au projet, la formation et la gestion du changement aux niveaux provincial et régional, notamment dans les postes suivants :
  - Gestionnaire de projet
  - Responsable provincial en cybersanté mentale
  - Gestionnaire régional en cybersanté mentale
  - Formateurs spécialisés (p. ex. soins par paliers, séance unique)
4. Les outils relatifs aux soins par paliers (p. ex. la liste de suivi de la fidélité, le plan de traitement par paliers pour le bien-être, les manuels de pratiques en cybersanté mentale et de sa mise en œuvre, les vidéos de formation, les modèles pour les notes au dossier, les gabarits de conception de modèles de soins par paliers).
5. L'engagement de la province à l'égard des principes de rétablissement (loin des approches d'évaluation et de traitement axées sur le déficit), en intégrant l'évaluation et la programmation fondées sur les points forts à tous les paliers.
6. Le fort engagement des personnes ayant un savoir expérientiel par le biais des organismes communautaires locaux et du Conseil de rétablissement. La participation de ces intervenants est essentielle pour la mise en œuvre du modèle et la prestation de programmes de soutien par les pairs.

**De plus, par suite de nos entretiens avec les décideurs en santé mentale qui ont assisté à l'atelier national d'amélioration de la qualité tenu à Toronto en novembre 2018, nous proposons les recommandations suivantes, lesquelles sont essentielles à la réussite de la mise en œuvre d'un modèle de soins par paliers :**

- Avoir un coordinateur de projet spécialisé ainsi qu'un soutien administratif.
- Retenir les services d'un formateur spécialisé du Modèle de soins par paliers 2.0 afin de présenter le grand volume de contenu nouveau en étapes.
- Veiller à l'application rigoureuse de la science de la mise en œuvre et la planification de la gestion du changement.
- Mettre sur pied des cliniques sans rendez-vous par l'entremise d'une formation approfondie et du soutien, de la supervision et de consultations régulières avec un expert des séances uniques.
- Avoir recours à des gestionnaires de la cybersanté mentale à l'échelle régionale qui se consacreront à la gestion des changements.
- Élaborer des outils de pratique axés sur des données probantes, qui sont adaptés et conçus pour chaque région, de façon à accroître la fidélité au modèle de soins par paliers (p. ex. la liste de suivi de la fidélité, le plan de traitement par paliers pour le bien-être, les manuels de pratiques en cybersanté mentale et de sa mise en œuvre, les vidéos de formation, les modèles pour les notes au dossier, les gabarits de conception de modèles de soins par paliers).
- Obtenir un engagement provincial à l'égard de principes de rétablissement en santé mentale qui vont au-delà du paradigme du risque qui est dominant dans la société.
- Se tourner vers les principes de rétablissement (loin des approches d'évaluation et de traitement axées sur le déficit), en intégrant l'évaluation et la programmation fondées sur les points forts à tous les paliers.
- Mettre à contribution des personnes ayant un savoir expérientiel dans la conception du modèle et la prestation de la programmation par les pairs à tous les niveaux de paliers (conception conjointe).



# Conclusion



Le présent rapport décrit un projet de mise en œuvre visant à intégrer le Modèle de soins par paliers 2.0, qui comporte un volet d'outils de cybersanté mentale et des cliniques sans rendez-vous d'accès rapide, dans un contexte de stratégie provinciale en matière de santé mentale axée sur des principes de rétablissement. Les données qualitatives et quantitatives recueillies auprès des intervenants internes et externes suggèrent une grande réceptivité à l'égard de cette approche. Les résultats actuels donnent à penser que le Modèle de soins par paliers 2.0 a contribué aux efforts visant l'amélioration de l'accès, en proposant un modèle axé sur des données probantes et en offrant des options de programmation qui, dans l'ensemble, ont été bien accueillies par les clients et les fournisseurs.

Le présent rapport présente des recommandations, aux fins d'une enquête et d'une évaluation plus poussées du Modèle de soins par paliers 2.0, reposant sur ces observations et des données préliminaires. Son objectif est de jeter les bases qui permettront d'adapter le modèle et d'encourager un examen scientifique plus rigoureux pouvant guider la mise en œuvre du Modèle de soins par paliers 2.0 dans d'autres régions du Canada.

Depuis, l'équipe de projet a obtenu un financement de 1,2 million de dollars des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), lequel est réservé au développement d'une plate-forme technologique et à l'évaluation de son potentiel pour améliorer de manière significative les soins de santé mentale et leur accès à T.-N.-L. et en Nouvelle-Écosse. Les leçons tirées de ce projet permettent d'établir un cadre pour le lancement du projet de recherche expérimental et pragmatique des IRSC.

Le Modèle de soins par paliers 2.0 se révèle prometteur en tant que structure d'intégration pour les interventions de cybersanté mentale, les principes de rétablissement et l'accès rapide aux séances uniques de counselling à l'échelle provinciale. De concert avec une volonté politique forte et un leadership affirmé, les leçons retenues de ce projet, notamment notre liste de facilitateurs pour effectuer la mise en œuvre du Modèle de soins par paliers 2.0, peuvent être adoptées afin d'appliquer avec succès cette approche au sein d'autres provinces et territoires, et ce, en vue de faciliter l'accès aux soins en santé mentale pour tous.

# Références



- 1 Comité spécial multipartite de la santé mentale et des dépendances multipartite. (2017). *Towards recovery : A vision for a renewed mental health and addictions system for Newfoundland and Labrador* [Rapport]. Tiré de : [https://www.health.gov.nl.ca/health/all\\_party\\_committe\\_report.pdf](https://www.health.gov.nl.ca/health/all_party_committe_report.pdf)
- 2 Comité spécial multipartite de la santé mentale et des dépendances multipartite. (2017). *Towards recovery*.
- 3 Comité spécial multipartite de la santé mentale et des dépendances multipartite. (2017).
- 4 Comité multipartite.
- 5 Commission de la santé mentale du Canada. (2017). *Options pour améliorer l'accès aux services de counselling, de psychothérapie et de psychologies pour les maladies et les problèmes associés à la santé mentale*. Tiré de : [https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2017-07/Options\\_for\\_improving\\_access\\_to\\_counselling\\_pschotherapy\\_and\\_psychological\\_services\\_eng.pdf](https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2017-07/Options_for_improving_access_to_counselling_pschotherapy_and_psychological_services_eng.pdf)
- 6 Comité multipartite.
- 7 Comité multipartite.
- 8 Cornish, P. A., Berry, G., Benton, S., Barros-Gomes, P., Johnson, D., Ginsburg, R. et Romano, V. (2017). Meeting the mental health needs of today's college student: Reinventing services through Stepped Care 2.0. *Psychological Services*, 14, pages 428-442. doi :10.1037/ser0000158.
- 9 O'Donohue W. T. et Draper C. (2011). The case for evidence-based stepped care as part of a reformed delivery system. W. T. O'Donohue et C. Draper (éditeurs), *Stepped care and e-health: Practical applications for behavioral disorders* (pages 1-16). New York, NY: Springer.
- 10 Hoyt, M. F. et Talmon, M. (éditeurs). (2014). *Capturing the moment: Single session therapy and walk-in services*. Norwalk, CT : Crown House.
- 11 Hymmen, P., Stalker, C. A. et Tait, C.-A. (2013). The case for single-session therapy: Does the empirical evidence support the increased prevalence of this service delivery model? *Journal of Mental Health*, 22, 60-71. doi:10.3109/09638237.2012.670880
- 12 Schleider, J. et Weisz, J. (2018). A single-session growth mindset intervention for adolescent anxiety and depression: 9-month outcomes of a randomized trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59, 160-170. Advance online publication. doi:10.1111/jcpp.12811

- 13 Norcross, J. C., Krebs, P. M., Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 143-154. <https://doi.org/10.1002/jclp.20758>
- 14 McHugh, R. K., Whitton, S. W., Peckham, A. D., Welge, J. A., et Otto, M. W. (2013). Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74, 595-602. doi:10.4088/JCP.12r07757
- 15 Norcross, J. C., et Wampold. (2018). A new therapy for each patient: Evidence-based relationships and responsiveness. *Journal of Clinical Psychology*, 74, 1889-1906. doi:10.1002/jclp.22678
- 16 Slade, M. et Longden, E. (2015). Empirical evidence about recovery and mental health. *BMC Psychiatry*, 15, 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0678-4>
- 17 American Psychological Association. (2012). Recovery principles. Tiré de : <https://www.apa.org/monitor/2012/01/recovery-principles>
- 18 Stanford, S., Sharland, E., Heller, N. R., & Warner, J. (Eds.). (2017). *Beyond the risk paradigm in mental health policy and practice*. London, England: Macmillan International Higher Education.
- 19 Harrod, C. S., Goss, G. W., Stallones, L., & DiGiuseppi, C. (2014). Interventions for primary prevention of suicide in university and other post-secondary educational settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(10), 1-88. doi:10.1002/14651858.CD009439.pub2.
- 20 Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., et Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*, 3, 646-659. doi: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X)
- 21 Firth, N., Barkham, M. et Kellett, S. (2015). The clinical effectiveness of stepped care systems for depression in working age adults: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 170, 119-130. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.08.034>
- 22 Ho, F. Y.-Y., Yeung, W.-F., Ho-Yee, T. et Chan, C. S. (2016). The efficacy and cost-effectiveness of stepped care prevention and treatment for depressive and/or anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, 6. doi:10.1038/srep29281
- 23 Delgadillo, J., de Jong, K., Lucock, M., Lutz, W., Rubel, J., Gilbody, S., . . . McMillan, D. (2018). Feedback-informed treatment versus usual psychological treatment for depression and anxiety: A multisite, open-label, cluster randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*, 5, pages 564-572. doi:10.1016/S2215-0366(18)30162-7
- 24 Lambert, M. J. (2010). *Prevention of treatment failure: The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- 25 Kopta, S. M. et Lowry J. L. (2002). Psychometric evaluation of the Behavioral Health Questionnaire-20: A brief instrument for assessing global mental health and the three phases of psychotherapy outcome. *Psychotherapy Research*, 12, pages 413-426. <http://dx.doi.org/10.1093/ptr/12.4.413>
- 26 Cornish, et autres (2017). Meeting the mental health needs of today's college student: Reinventing services through Stepped Care 2.0.

- 27 Willey, C., Redding, C., Stafford, J., Garfield, F., Geletko, S., Flanigan, T., . . . Caro, J. (2000). Stages of change for adherence with medication regimens for chronic disease: Development and validation of a measure. *Clinical Therapeutics*, 22, 858-871. [https://doi.org/10.1016/S0149-2918\(00\)80058-2](https://doi.org/10.1016/S0149-2918(00)80058-2)
- 28 Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales. In F. Pajares & T. Urdan (Eds.), *Self-efficacy beliefs of adolescents* (pp. 307-338). Charlotte, NC: Information Age Publishing.
- 29 Levesque, C. S., Williams, G. C., Elliot, D. L., Pickering, M. A., Bodenhamer, B., & Finley, P. J. (2007). Validating the theoretical structure of the *Treatment Self-Regulation Questionnaire* (TSRQ) across three different health behaviors. *Health Education Research*, 22, 691-702. doi:10.1093/her/cyl148
- 30 Devilly, G. J., & Borkovec, T. D. (2000). Psychometric properties of the credibility/expectancy questionnaire. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 31, 73-86. [https://doi.org/10.1016/S0005-7916\(00\)00012-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7916(00)00012-4)
- 31 Attkisson, C. C., & Zwick, R. (2000). *The Client Satisfaction Questionnaire*: Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Evaluation and Program Planning*, 5, 233-237. [http://dx.doi.org/10.1016/0149-7189\(82\)90074-X](http://dx.doi.org/10.1016/0149-7189(82)90074-X)
- 32 Brooke, J. (1996). SUS: A "quick and dirty" usability scale. In P. W. Jordan, B. Thomas, B. A. Weerdmeester & I. L. McClelland (Eds.), *Usability evaluation in industry* (pp. 189-194). Bristol, PA: Taylor and Francis.

# Annexe A



## Formulaire du plan de traitement comportemental

**Plan de traitement par paliers pour le bien-être** (copie conforme).

Nom du client : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

- 0. Aucun autre service requis pour le moment \_\_\_\_\_
- 1. En ligne : information seulement \_\_\_\_\_
- 2. En ligne : activités \_\_\_\_\_
- 3. Soutien par les pairs \_\_\_\_\_
- 4. Séance d'information ou atelier en personne \_\_\_\_\_
- 5. Counselling en ligne \_\_\_\_\_
- 6. Counselling de groupe en personne \_\_\_\_\_
- 7. Counselling individuel en personne \_\_\_\_\_
- 8. Soins spécialisés \_\_\_\_\_
- 9. Services d'urgence ou en cas de crise \_\_\_\_\_
- 10. Autre \_\_\_\_\_

Nom du fournisseur : \_\_\_\_\_

Coordonnées : \_\_\_\_\_

Veuillez nous faire part de votre expérience avec notre programme en remplissant (en tout anonymat) notre [Sondage sur la satisfaction de la clientèle](#). La version papier est disponible à la réception.

*Merci!*

# Annexe B



## Équipes de projet

Équipe principale			
Nom des membres	Rôle	Organisation	Responsabilités
Peter Cornish	Responsable du projet, de sa mise en œuvre et de la recherche sur la cybersanté mentale et les soins par paliers	UMTN Centre de counselling et du bien-être étudiant	Élaboration des programmes et gestion du changement
Niki Legge	Coresponsable au niveau du gouvernement provincial	Gouv. T.-N.-L.	Mise en œuvre provinciale
Paula Corcoran Jacobs	Responsable - personnes ayant un savoir expérientiel	CHANNAL	Représentation et engagement du client
AnnMarie Churchill	Coordonnatrice	UMTN Centre de counselling et du bien-être étudiant	Changement et gestion de projet
Lisa Fleet	Responsable de l'évaluation	Faculté de médecine - UMTN	Évaluation du programme, approbation déontologique
Sarah Pegrum	Chef des services cliniques	Clinique Eastern Health	Engagement clinique et formation
Josh Rash	Responsable de la fidélité	Psychologie - UMTN	Fidélité de la mise en œuvre et suivi des résultats
MaryAnn Notarianni; remplacé par Nicholas Watters	Responsable de la CSMC : Direction et surveillance	CSMC	Fournir l'orientation générale du projet et la supervision à l'équipe principale et au projet
Galin Kora	Responsable de l'évaluation - CSMC	CSMC	Fournir, du point de vue de la CSMC, une orientation sur l'évaluation
Heather Hair	Responsable des séances uniques	Travail social - UMTN	Fournir une orientation sur la configuration et la conception des séances uniques du projet MSP
Danielle Impey	Soutien au projet	CSMC	Fournir support
Bonita Varga	Soutien au projet	CSMC	Fournir support
Brad Yetman	Assistant de recherche	UMTN Centre de counselling et du bien-être étudiant	Fournir support

Équipe principale			
Nom des membres	Rôle	Organisation	Responsabilités
Mike Herrel	Responsable - personnes ayant un savoir expérientiel	CHANNAL	Représentation et engagement du client
Alicia Raimundo	Responsable - personnes ayant un savoir expérientiel	Foundry	Représentation et engagement du client
Meghan Churchill	Gestionnaire de cybersanté mentale	Eastern Health	Gérant de la cyber santé mentale
Byron Boyd	Gestionnaire de cybersanté mentale	Central Health	Gérant de la cyber santé mentale
Tracey Wells	Gestionnaire de cybersanté mentale	Western Health	Gérant de la cyber santé mentale
Victoria Kearney	Gestionnaire de cybersanté mentale	Labrador-Grenfell Health	Gérant de la cyber santé mentale

Équipe d'évaluation			
Nom des membres	Rôle	Organisation	Responsabilités
Peter Cornish	Responsable du projet, de sa mise en œuvre et de la recherche sur la cyber-santé mentale et les soins par paliers	UMTN Centre de counselling et du bien-être étudiant	Élaboration des programmes et gestion du changement
Niki Legge	Coreponsable au niveau du gouvernement provincial	Gouv. T.-N.-L.	Mise en œuvre provinciale
Paula Corcoran Jacobs	Responsable - personnes ayant un savoir expérientiel	CHANNAL	Représentation et engagement du client
AnnMarie Churchill	Coordonnatrice	UMTN Centre de counselling et du bien-être étudiant	Changement et gestion de projet
Lisa Fleet	Responsable de l'évaluation	Faculté de médecine - UMTN	Évaluation du programme, approbation déontologique
Nicholas Watters	Responsable de la CSMC : Direction et surveillance	CSMC	Fournir l'orientation générale du projet et la supervision à l'équipe principale et au projet
Josh Rash	Responsable de la fidélité	Psychologie - UMTN	Fidélité de la mise en œuvre et suivi des résultats
Galín Kora	Responsable de l'évaluation - CSMC	CSMC	Fournir, du point de vue de la CSMC, une orientation sur l'évaluation
Danielle Impey	Soutien au projet	CSMC	Fournir support
Bonita Varga	Soutien au projet	CSMC	Fournir support
Brad Yetman	Assistant de recherche	UMTN Centre de counselling et du bien-être étudiant	Fournir support

Conseil consultatif			
Nom des membres	Rôle	Organisation	Responsabilités
Peter Cornish	Responsable du projet, de sa mise en œuvre et de la recherche sur la cybersanté mentale et les soins par paliers	UMTN Centre de counselling et du bien-être étudiant	Changement et gestion de projet
Niki Legge	Coresponsable au niveau du gouvernement provincial	Gouv. T.-N.-L.	Mise en œuvre provinciale
Nicholas Watters	Responsable de la CSMC : Direction et surveillance	CSMC	Fournir l'orientation générale du projet et la supervision à l'équipe principale et au projet
NLCHI/Mary Slade	Mise en œuvre de la plate-forme	Eastern Health - TI	Gestion du développement de la plate-forme
Elizabeth Cawley	Directrice de la recherche	UMTN Centre de counselling et du bien-être étudiant	Conception de recherche, approbation déontologique et formation
Craig Norman	Gestionnaire	UMTN Centre de counselling et du bien-être étudiant	Supervision de l'intervention en clinique intégrée
Meaghan McKeough	Représentante des clients	MUNMinds	Conseils sur le programme et l'évaluation du point de vue du client
Chris Lake	Consultant en TI	UMTN TI	Soutien au développement de la plate-forme
Susan Powers	Fournisseur en cybersanté mentale	TAO	Soutien à la configuration du programme de cybersanté mentale
Geoffrey Soloway	Fournisseur en cybersanté mentale	MindWell-U	Soutien à la configuration du programme de cybersanté mentale
Ajay Pande	Commercialisation	Solutions de soins par paliers	Conseils sur IP et commercialisation à T.-N.-L.
Représentants du centre, de l'ouest et du Labrador avec savoir expérientiel	Représentante des clients		Conseils sur le programme et l'évaluation du point de vue du client
Todd Leader	Consultant		Conseil sur le plan de la gestion du changement
Michael Foote	Perspective d'un étudiant	Étudiant de l'UMTN, aide-résident	
Cheryl Washburn	Mentor	Université de la Colombie Britannique	Appui à la mise en œuvre
Gillian Berry	Mentor	Université George Washington	Appui à la mise en œuvre



# Annexe C



## Consultations de Peter Cornish depuis 2014

**TABLEAU C-1.**

Établissement	Adresse	Niveau d'adoption
Université Acadia	Wolfville, N.-É.	Atelier de formation du MSP 2.0; adopté
Collège Algonquin	Nepean, Ont.	Atelier de formation du MSP 2.0; mise en œuvre complète
Amherst College	Amherst, Mass.	Atelier de formation du MSP 2.0; mise en œuvre complète
Arizona State University	Tempe, Ariz.	Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0
Atlantic School of Theology	Halifax (N.-É.)	Atelier de formation du MSP 2.0; adopté
Collège Aurora	Yellowknife, T.N.-O.	Atelier de formation du MSP 2.0
Arizona State University	Muncie, Ind.	Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0
Mental Health and Substance Use Services (C.-B.)	Vancouver, C.-B.	Consultation du gouvernement sur MSP 2.0
Bentley University	Waltham, Mass.	Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0
Berkeley University	Berkeley, Calif.	Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0
Centre de soins de santé Bonista	Bonavista, T.-N.-L.	T.-N.-L. Atelier de formation - cliniques de soins tertiaires MSP 2.0; mise en œuvre complète
Caldwell University	Caldwell, N.J.	Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0
Université polytechnique de Californie	San Luis Obispo, Calif.	Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0
California State University	San Marcos, Calif.	Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0

Établissement	Adresse	Niveau d'adoption
Calvin College	Grand Rapids, Mich.	Atelier de formation du MSP 2.0; mise en œuvre complète
Université Cap-Breton	Sydney, N.-É.	Atelier de formation du MSP 2.0; adopté
Cardiff University	Cardiff, au pays de Galles	Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0
Université Central Michigan	Mount Pleasant, Mich.	Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0
Équipe du centre-ville	St. John's, T.-N.-L.	Atelier de formation T.-N.-L.- cliniques de soins tertiaires MSP 2.0; mise en œuvre complète
Collège Centennial	Toronto, Ont.	Atelier de formation d'un jour destiné au personnel et aux intervenants; adopté
Chapman University	Orange, Calif.	Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0
Clareville	Clareville, T.-N.-L.	Atelier de formation T.-N.-L.- cliniques de soins tertiaires MSP 2.0; mise en œuvre complète
Coastal Carolina University	Conway, Caroline du Sud	Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0
Columbia College Chicago	Chicago, Ill.	Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0
Université Concordia d'Edmonton	Edmonton, Alta.	Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0
Collège Conestoga	Kitchener, Ont.	Atelier d'un jour; adopté
Corner Brook - santé mentale et dépendances	Corner Brook, T.-N.-L.	Atelier de formation T.-N.-L.- cliniques de soins tertiaires MSP 2.0; mise en œuvre complète
Culver-Stockton College	Canton, Mo.	Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0
Université Dalhousie	Halifax, N.-É.	Atelier de formation du MSP 2.0; mise en œuvre complète
Des Moines University	Des Moines, Iowa	Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0
Doorways, Deer Lake	Deer Lake, T.-N.-L.	Atelier de formation T.-N.-L.- cliniques de soins tertiaires MSP 2.0; mise en œuvre complète
Clinique, Secteur est	St. John's, T.-N.-L.	Atelier de formation T.-N.-L.- cliniques de soins tertiaires MSP 2.0; mise en œuvre complète
Emory University	Atlanta, Géorgie	Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0
Collège Fanshawe	London, Ont.	Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0

Établissement	Adresse	Niveau d'adoption
Findlay University	Findlay, Ohio	Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0
Collège Fleming	Peterborough, Ont.	Atelier de formation du MSP 2.0; mise en œuvre complète
Foundry, Granville, C.-B.	Granville, C.-B.	Centres de services intégrés pour les jeunes, consultation sur MSP 2.0; adopté
Foundry C.-B., Abbotsford	Abbotsford, C.-B.	Centres de services intégrés pour les jeunes, consultation sur MSP 2.0; adopté
Foundry C.-B., Campbell River	Campbell River, C.-B.	Centres de services intégrés pour les jeunes, consultation sur MSP 2.0; adopté
Foundry, C.-B., Kelowna	Kelowna, C.-B.	Centres de services intégrés pour les jeunes, consultation sur MSP 2.0; adopté
Foundry C.-B., North Shore	Nord de Vancouver, C.-B.	Centres de services intégrés pour les jeunes, consultation sur MSP 2.0; adopté
Foundry C.-B., Prince George	Prince George, C.-B.	Centres de services intégrés pour les jeunes, consultation sur MSP 2.0; adopté
Collège Georgian	Barrie, Ont.	Atelier de formation du MSP 2.0; mise en œuvre complète
Goose Bay	Goose Bay, T.-N.-L.	Atelier de formation T.-N.-L.- cliniques de soins tertiaires; adopté
Grand FallsWindsor	Grand Falls-Windsor, T.-N.-L.	Atelier de formation T.-N.-L.- cliniques de soins tertiaires MSP 2.0; mise en œuvre complète
Hampshire College	Amherst, Mass.	Atelier de formation du MSP 2.0
Harbour Grace	Harbour Grace, T.-N.-L.	Atelier de formation T.-N.-L.- cliniques de soins tertiaires MSP 2.0; mise en œuvre complète
Healthy Child, Manitoba	Winnipeg, Man.	Consultation du gouvernement sur MSP 2.0
Collège communautaire de Holyoke	Holyoke, Mass.	Atelier de formation du MSP 2.0
Collège Humber	Etobicoke, Ont.	Atelier de formation du MSP 2.0; mise en œuvre complète
Idaho State University	Pocatello, Idaho	Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0
Illinois State University	Normal, Ill.	Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0
Ithaca College	Ithaca, N.Y.	Atelier de formation du MSP 2.0; mise en œuvre complète
John Carroll University	University Heights, Ohio	Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0

Établissement	Adresse	Niveau d'adoption
Kennesaw State University	Kennesaw, Ga.	Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0
Jeunesse, J'écoute	Toronto, Ont.	Invité pour consultation sur place visant un partenariat d'affaires
Centre de santé de l'ouest du Labrador	Labrador City, T.-N.-L.	Atelier de formation T.-N.-L.- cliniques de soins tertiaires MSP 2.0; mise en œuvre complète
LDS Business College	Salt Lake City, Utah	Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0
Lewisporte Community Health Centre	Lewisporte, T.-N.-L.	Atelier de formation : cliniques de soins tertiaires à T.-N.-L. et mise en œuvre complète de MSP 2.0
Luther College	Decorah, Iowa	Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0
Maine College of Art	Portland, Maine	Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0
Université McGill	Montréal, Qc.	Atelier de formation du MSP 2.0; mise en œuvre complète
Université McMaster	Hamilton, Ont.	Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0
Collège de Medicine Hat	Medicine Hat, Alta.	Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0
Centre de counselling et de bien-être étudiant de l'UMTN	St. John's, T.-N.-L.	Cliniques de soins primaires intégrés avec MSP 2.0; mis en œuvre
Merrimack College	Andover, Mass.	Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0
Missouri S and T	Rolla, Mo.	Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0
Université Mount Allison	Sackville, N.-B.	Atelier de formation du MSP 2.0; adopté
Université Mount Saint Vincent	Halifax, N.-É.	Atelier de formation du MSP 2.0; adopté
Morneau Shepell	Toronto, Ont.	Invitation à une consultation sur place et à une consultation continue
North Carolina State University	Raleigh, Caroline du Nord	Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0
Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse	Halifax, N.-É.	Invitation du contrat de consultation sur place au déploiement du MSP 2.0 dans l'ensemble de la province; adopté
Nova Scotia School of Art and Design	Halifax, N.-É.	Atelier de formation du MSP 2.0; adopté

Établissement	Adresse	Niveau d'adoption
Collège communautaire du Nouveau-Brunswick	Fredericton, N.-B.	Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0 ; adoption
Oregon State University	Corvallis, Ore.	Atelier de formation du MSP 2.0; mise en œuvre complète ; adopté
Service régional de police de Peel	Mississauga, Ont.	Consultations des organismes de premiers répondants sur MSP 2.0; adopté
Pontificia Universidad Catolica de Chile	Santiago, Chili	Mis en œuvre en mars 2019
Rosalind Franklin University	North Chicago, Ill.	Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0
Université Ryerson	Toronto, Ont.	Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0
Samford University	Homewood, Ala.	Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0 ; adoption complète
Soins primaires intégrés de Shea Heights	Shea Heights, T.-N.-L.	Cliniques de soins primaires intégrés avec MSP 2.0; mis en œuvre
Collège Sheridan	Oakville, Ont.	Atelier de deux jours; adopté
Université Simon-Fraser	Burnaby, C.-B.	Atelier d'un jour; communautés de pratique du MSP 2.0 EPS, membre des webinaires mensuels; adopté
Smith College	Northampton, Mass.	Atelier de formation du MSP 2.0
Santé mentale et counselling de Springdale	Springdale, T.-N.-L.	Atelier de formation T.-N.-L.- cliniques de soins tertiaires; adopté
Santé mentale et lutte contre les dépendances de St. Anthony	St. Anthony, T.-N.-L.	Atelier de formation T.-N.-L.- cliniques de soins tertiaires; adopté
Université St. Francis Xavier	Antigonish, N.-É.	Atelier de formation du MSP 2.0; adopté
Université St. Mary's	Halifax, N.-É.	Atelier de formation du MSP 2.0; adopté
St. Norbert College	De Pere, Wis.	Consultation téléphonique avec administrateur - EPS
Université St. Thomas	Fredericton, N.-B.	Atelier de formation du MSP 2.0
Santé mentale et de toxicomanie - Stephenville	Stephenville, T.-N.-L.	Atelier de formation T.-N.-L.- cliniques de soins tertiaires; adopté
SUNY Brockport	Brockport, N.Y.	Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0
SUNY Buffalo	Buffalo, N.Y.	Atelier de formation du MSP 2.0; mise en œuvre complète

Établissement	Adresse	Niveau d'adoption
SUNY Fredonia	Fredonia, N.Y.	Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0 ; adoption
Stanford University	Stanford, Calif.	Consultations téléphoniques; Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0 ; adoption
Skidmore College	Saratoga Springs, N.Y.	Formation sur place et allocution à N.Y. Conférence des communautés de pratique MSP 2.0, EPS, membre des webinaires mensuels
Southern Connecticut University	New Haven, Conn.	Communautés de pratique et membre des webinaires mensuels MSP 2.0 - EPS; nombreuses consultations en personne et par téléphone
Susquehanna University	Selinsgrove, Pa.	Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0
Outil TAO Connect	St. Petersburg, Fla.	Mise en œuvre de la cybersanté mentale du MSP 2.0 par le secteur privé
George Washington University	Washington, D.C.	Atelier de formation du MSP 2.0; mise en œuvre complète
Michener Institute	Toronto, Ont.	Atelier de formation du MSP 2.0; mise en œuvre complète
Université de Winnipeg	Winnipeg, Man.	Consultation téléphonique avec administrateur - EPS
Thomas College	Waterville, Maine	Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0
Université Trent	Peterborough, Ont.	Atelier de formation du MSP 2.0; mise en œuvre complète
Université de la Colombie-Britannique, Okanagan	Kelowna, C.-B.	Atelier de formation du MSP 2.0; adopté
UCLA	Los Angeles, Calif.	Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0
University of Arkansas	Fayetteville, Ark.	Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0
Université de Moncton	Moncton, N.-B.	Atelier de formation du MSP 2.0; adopté
Université Sainte-Anne	Pointe-de-l'Église, N.-É.	Atelier de formation du MSP 2.0
University of Akron	Akron, Ohio	Consultation téléphonique avec administrateur - EPS
Université de la Colombie-Britannique	Vancouver, C.-B.	Atelier de formation du MSP 2.0; mise en œuvre complète

Établissement	Adresse	Niveau d'adoption
Université de Calgary	Calgary, Alta.	Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0
University of California, San Diego	La Jolla, Calif.	Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0
University of Central Oklahoma	Edmond, Okla.	Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0
University of Connecticut	Storrs, Conn.	Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0
University of Hartford	Hartford Ouest, Conn.	Atelier de formation
University of Houston	Houston, Tex.	Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0
University of Kings College	Halifax, N.-É.	Atelier de formation du MSP 2.0; adopté
University of Maine	Orono, Maine	Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0
Université du Manitoba	Winnipeg, Man.	Atelier de formation du MSP 2.0
University of Massachusetts- Amherst	Amherst, Mass.	Atelier de formation du MSP 2.0; mise en œuvre complète
University of Michigan	Dearborn, Mich.	Invité à présenter comme conférencier à la conférence des communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0
University of Missouri	Columbia, Mo.	Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0
Université du Nouveau-Brunswick	Fredericton, N.-B.	Atelier de formation du MSP 2.0
University of North Carolina	Chapel Hill, Caroline du Nord	Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0
University of North Texas	Denton, Tex.	Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0
Université d'Ottawa	Ottawa, Ont.	Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0
University of Oregon	Eugene, Ore.	Atelier de formation du MSP 2.0; mise en œuvre complète
University of Pennsylvania	Philadelphia, Pa.	Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0
Western Washington University	Bellingham, Wash.	Communautés de pratique EPS, membre des webinaires mensuels - MSP 2.0

**TABLE C-2. ALLOCUTIONS DE PETER CORNISH**

Date	Titre	Conférence	Auditoire
Juin 2019	1. MSP 2.0 en Amérique du Nord 2. MSP 2.0 dans l'État de New York : Expériences de trois EPS	Discours d'ouverture et plénière, Conférence annuelle des Centres de conseils de New York, Saratoga Springs, N.Y.	Conseillers et administrateurs de conseil ( <i>n</i> = 150)
Mars 2019	1. MSP 2.0 : Un cadre pour un accès rapide, des options de soins souples 2. Le MSP 2.0, ici et là : Plénière sur les expériences internationales	Discours d'ouverture et plénière, Conférence annuelle sur la dépression dans les campus universitaires, Ann Arbor, Mich.	Chercheurs et fournisseurs en santé mentale ( <i>n</i> = 300)
Octobre 2018	Panel sur les soins par paliers en Ontario	Groupe d'experts à la conférence du Centre d'innovation en santé mentale sur les campus, Toronto, Ont.	Conseillers et administrateurs EPS ( <i>n</i> = 400)
Juin 2018	MSP 2.0 et collaboration pour la réussite des étudiants : Systèmes pour maximiser le bien-être des étudiants et l'excellence académique	Allocution plénière invitée : Association des registraires des universités et collèges du Canada / Association des services aux étudiants des universités et collèges du Canada, Charlottetown, Î.-P.-É.	Professionnels des affaires étudiantes, registraires, conseillers pédagogiques ( <i>n</i> = 1000)
Juin 2018	MSP 2.0 à T.-N.-L.	Présentation inaugurée au Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes, Conférence à l'intention des ministres fédéraux, provinciaux et territoriaux de la Santé, Winnipeg, MB	26 ministres et sous-ministres
Octobre 2017	Excellence dans un contexte de MSP 2.0 : Un système visant à structurer les services de soutien en santé mentale, de la prématernelle jusqu'à l'enseignement postsecondaire	Discours liminaire lors du Conseil de l'Atlantique à l'intention des ministres de l'Éducation et de la Formation	Directeurs, cadres supérieurs et sous-ministres de l'Éducation et de la Santé de la région de l'Atlantique ( <i>n</i> = 120)
Octobre 2017	MSP 2.0 : Base pour un accès rapide aux soins dans le contexte d'une communauté universitaire en plein essor	Discours de clôture, Centre d'innovation en santé mentale sur les campus, Toronto, Ont.	Conseillers et administrateurs EPS ( <i>n</i> = 250)



# Annexe D



## Données additionnelles à l'appui

**TABLEAU D-1. OBJECTIFS DU PROJET EN DÉTAILS**

Impact	Questions d'évaluation		Source des données	Collecte des données
	Soins par paliers	Cybersanté mentale		
Fournisseurs de soins de santé / prestation des services locaux	Quels sont les avantages liés à l'utilisation du Modèle de soins par paliers?  Quelles sont les difficultés liées à l'utilisation du Modèle de soins par paliers?	Quels sont les avantages d'utiliser la cybersanté mentale du Modèle de soins par paliers?  Quelles sont les difficultés liées à l'utilisation de la cybersanté mentale du Modèle de soins par paliers?	Les fournisseurs de soins de santé  Gestionnaires de site	Atelier de préformation et sondage
	Dans quelle mesure les soins par paliers sont-ils utilisés ou adoptés au sein de la pratique?  Quel a été l'impact de l'utilisation des soins par paliers sur la satisfaction des fournisseurs de soins de santé?	Dans quelle mesure le volet de cybersanté mentale du Modèle de soins par paliers est-il utilisé ou adopté au sein de la pratique?  Quel a été l'impact de l'utilisation du volet de cybersanté mentale du modèle de soins par paliers sur la satisfaction des fournisseurs de soins de santé?		
	De quelles ressources avez-vous besoin pour utiliser le Modèle de soins par paliers dans la pratique?  Quels changements faut-il apporter au système existant afin d'utiliser correctement le Modèle de soins par paliers?	De quelles ressources avez-vous besoin pour utiliser la cybersanté mentale du Modèle de soins par paliers dans la pratique?  Quels changements faut-il apporter au système existant afin d'utiliser correctement la cybersanté mentale du Modèle de soins par paliers?	Les fournisseurs de soins de santé  Gestionnaires de site	Atelier de post-formation et sondage

Impact	Questions d'évaluation		Source des données	Collecte des données
	Soins par paliers	Cybersanté mentale		
Clients / patients	Quelles sont les caractéristiques spécifiques et démographiques des patients utilisant le modèle de soins par paliers?	Quelles sont les caractéristiques spécifiques et démographiques des patients utilisant le volet de cybersanté mentale dans le modèle de soins par paliers?	Gestionnaires de site ou gouvernement de T.-N.-L.	Compiler les statistiques des patients via des sites de dossiers administratifs
	Quels sont les avantages liés à l'utilisation du Modèle de soins par paliers?	Quels sont les avantages d'utiliser la cybersanté mentale du Modèle de soins par paliers?	Patients (pas de contact direct)	Sondage anonyme auprès des patients distribué sur les sites
	Quelles sont les difficultés liées à l'utilisation du Modèle de soins par paliers?	Quelles sont les difficultés d'utiliser la cybersanté mentale du Modèle de soins par paliers?		
		Quelles sont les raisons pour lesquelles certains patients choisissent de ne pas utiliser le volet de cybersanté mentale du Modèle de soins par paliers?		
Système de soins de santé	Quel a été l'impact des soins par paliers sur les services de santé régionaux?	Quel a été l'impact de l'utilisation du volet en cybersanté mentale du Modèle de soins par paliers sur les services de santé régionaux?	Gestionnaires de site ou gouvernement de T.-N.-L.	Usage/impact data from pilot sites
	Quel a été l'impact de l'utilisation du Modèle de soins par paliers sur les temps d'attente?	Quel a été l'impact de l'utilisation du volet en cybersanté mentale du Modèle de soins par paliers sur les temps d'attente?		
	Quel a été l'impact de l'utilisation du Modèle de soins par paliers sur la rentabilité des services?	Quel a été l'impact de l'utilisation du volet en cybersanté mentale du Modèle de soins par paliers sur la rentabilité des services?		

**TABLEAU D-2. DEGRÉ D'AISANCE ET NIVEAU DE CONNAISSANCES ENVERS LA PROGRAMMATION DE CYBERSANTÉ MENTALE.**

Outils en cybersanté mentale	Connaissances (M/ET)	Aisance (M/ET)
BreathingRoom	4,02/1,81	4,40/1,82
Bridge the gApp	4,60/1,76	4,82/1,82
Familles solides	3,92/2,10	4,15/2,25
TAO	3,89/1,80	4,58/1,72

N = 111 fournisseurs

**TABLEAU D-3. DIFFÉRENCES ENTRE LES FOURNISSEURS RURAUX ET URBAINS**

Variable	Ruraux (M/ET)	Urbains (M/ET)	Valeur t
<b>Connaissances</b>			
BreathingRoom	4,93/1,51	3,45/1,78	4,40**
Bridge the gApp	5,17/1,51	4,26/1,83	2,67**
Familles solides	5,29/1,44	3,01/1,95	6,48**
TAO	4,00/1,78	3,85/1,78	0,43
<b>Aisance face à l'intégration</b>			
BreathingRoom	5,17/1,45	3,92/1,89	3,63**
Bridge the gApp	5,50/1,45	4,39/1,91	3,20**
Familles solides	5,48/1,51	3,27/2,22	5,64**
TAO	5,00/1,51	4,32/1,81	2,02*

N = 111; degré de liberté (dl) = 106; \* =  $p < .05$ ; \*\* =  $p < .01$

**TABLEAU D-4. ÉCHANTILLONS DE TESTS-T APPARIÉS INDIQUANT LES CHANGEMENTS AVANT ET APRÈS LES TESTS DES FOURNISSEURS**

Variable	M <sub>Diff</sub>	SE	t	dl	p
Connaissances - Modèle de soins par paliers (MSP)	1,27	0,25	5,23	16	0,00
Auto-efficacité MSP	1,23	0,31	3,92	16	0,00
Étape du changement	1,50	0,22	6,71	15	0,00
Engagement affectif	0,25	0,26	0,98	16	0,34
Engagement à poursuivre	-0,17	0,37	0,046	16	0,66
Engagement normatif	-0,25	0,21	1,18	16	0,25
Motivation contrôlée	1,80	0,29	6,09	15	0,00
Motivation autonome	0,09	0,21	0,41	16	0,69
Indice d'autonomie	-0,01	0,22	0,07	16	0,95
Crédibilité perçue du MSP	0,19	0,26	0,72	16	0,48
Bienfaits attendus perçus du MSP	0,10	0,30	0,32	16	0,75
Connaissances de BreathingRoom	0,50	0,38	1,33	15	0,20
Connaissances de Bridge the gApp	1,12	0,29	3,92	15	0,00
Connaissances de Familles solides	0,87	0,35	2,48	14	0,03
Connaissances de TAO	1,31	0,37	3,52	15	0,00
Aisance avec BreathingRoom	0,27	0,42	0,64	14	0,54
Aisance avec Bridge the gApp	0,87	0,29	2,99	14	0,01
Aisance avec Familles solides	0,61	0,37	1,67	12	0,12
Aisance avec TAO	1,00	0,53	1,90	14	0,08

**TABEAU D-5. ÉCHANTILLONS DE TESTS-T APPARIÉS INDIQUANT LES CHANGEMENTS AVANT ET APRÈS LES TESTS DES GESTIONNAIRES**

Variable	M <sub>Diff</sub>	SE	t	dl	p
Connaissances - Modèle de soins par paliers (MSP)	1,28	0,28	4,63	6	0,00
Auto-efficacité MSP	0,94	0,44	2,16	5	0,08
Étape du changement	2,17	0,48	4,54	5	0,00
Engagement affectif	-0,13	0,21	0,61	6	0,56
Engagement à poursuivre	-0,14	0,36	0,38	6	0,72
Engagement normatif	0,19	0,47	0,40	6	0,70
Motivation contrôlée	2,65	0,97	2,72	4	0,05
Motivation autonome	0,13	0,25	0,50	5	0,64
Indice d'autonomie	0,65	0,50	1,31	4	0,26
Crédibilité perçue du MSP	0,83	0,43	1,95	5	0,11
Bienfaits attendus perçus du MSP	0,22	0,53	0,42	5	0,70
Connaissances de BreathingRoom	0,71	0,75	0,96	6	0,38
Connaissances de Bridge the gApp	0,28	0,42	0,68	6	0,52
Connaissances de Familles solides	0,71	0,68	1,05	6	0,33
Connaissances de TAO	1,00	0,76	1,32	6	0,23
Aisance avec BreathingRoom	1,50	0,72	2,09	5	0,09
Aisance avec Bridge the gApp	1,50	0,56	2,67	5	0,04
Aisance avec Familles solides	0,83	0,40	2,08	5	0,09
Aisance avec TAO	1,17	0,65	1,78	5	0,14

**TABEAU D-6. VARIABLES TAO : SCORE LIMITE DE L'INDICE RCI**

Variable	Limite clinique	RCI
Santé mentale générale	2,78	0,77
Bien-être	1,89	0,80
Fonctionnement dans la vie	2,37	0,68
Symptomatologie	3,00	0,51

*Remarque.* Données tirées de Kopta, M., Owen, J. et Budge, S. (2015). Measuring psychotherapy outcomes with the Behavioral Health Measure-20: Efficient and comprehensive. *Psychotherapy*, 52(4), pages 442-448.

<http://dx.doi.org/10.1037/pst0000035>



Commission de  
la santé mentale  
du Canada

Mental Health  
Commission  
of Canada



#### Commission de la santé mentale du Canada

Bureau 1210, 350 rue Albert  
Ottawa, ON K1R 1A4

Tél. : 613.683.3755

Fax : 613.798.2989

[infocsmc@commissionsantementale.ca](mailto:infocsmc@commissionsantementale.ca)

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

 @CSMC\_MHCC  /theMHCC  /1MHCC  @theMHCC  
 /Commission de la santé mentale du Canada