

ORDRE DE L'EXCELLENCE



RÉCIPIENDAIRE SANTÉ MENTALE AU TRAVAIL



Commission de
la santé mentale
du Canada

Mental Health
Commission
of Canada

MESURER LES PROGRÈS :

Ressources pour créer un cadre de mesure du rendement
sur la santé mentale et les dépendances au Canada

Juillet 2018

commissionsantementale.ca



Les points de vue présentés ici représentent uniquement les points de vue de la Commission de la santé mentale du Canada. Le présent matériel a été produit grâce à la contribution financière de Santé Canada.

Remerciements

Ce document est le fruit d'une collaboration entre l'équipe du Centre d'échange des connaissances de la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC), composée de Christopher Canning, Francine Knoops, Lara di Tomasso et Nicholas Watters, les chercheuses Carol E. Adair (Département de psychiatrie et des sciences de la santé communautaire, Université de Calgary), Janet Durbin (Centre de toxicomanie et de santé mentale [CAMH] et Université de Toronto, Elizabeth Lin (CAMH, Université de Toronto et Institute for Clinical Evaluative Sciences [ICES]) et le chercheur Frank Sirotich (succursale de Toronto de l'ACSM et Université de Toronto).

La recherche a été dirigée par Carol Adair, dont les services ont été retenus par la CSMC, qui a bénéficié des conseils d'experts et des commentaires des autres membres de l'équipe et de 20 experts en la matière (EM).

Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude à tous les EM qui ont fourni une rétroaction riche et approfondie sur la version préliminaire de ce document :

- Krystine Abel, M.Ed., Mobilisation et rayonnement des Autochtones, Programme de soutien au système provincial CAMH
- Julie Bull, MAHSR, Mobilisation et rayonnement des Autochtones, Programme de soutien au système provincial, CAMH
- Amanda Butler, étudiante au doctorat, Faculté des sciences de la santé, Université Simon-Fraser
- Steven Clelland, MA, directeur, Dépendances provinciales et planification et rendement des connaissances en santé mentale, Services de santé de l'Alberta
- John Dick, coordinateur et conseiller auprès des patients, Centre de services de santé mentale Ontario Shores
- Cheryl Forchuk, MScN, Ph. D., professeure, Institut de recherche en santé Lawson, Université Western
- Joanna Henderson, PhD C Psych, Directrice, Centre Margaret and Wallace McCain, CAMH
- Wayne Jones, analyste de données, Centre de recherche appliquée en santé mentale, Université Simon-Fraser
- Steve Kisely, MD, FRCPC, Ph. D., École de médecine, Université du Queensland
- Alain Lesage, MD, FRCPC, M Phil., professeur, Département de psychiatrie, Université de Montréal
- Steve Lurie, MSW MM, directeur exécutif, Association canadienne pour la santé mentale, Toronto
- Ian Manion, Ph. D. C Psych, Directeur de la recherche en santé mentale chez les jeunes, Institut de recherche en santé mentale, École de psychologie, Université d'Ottawa
- Kwame McKenzie, MD, FRCPC, professeur, Division de l'équité des genres et des populations, Département de psychiatrie, Université de Toronto
- Gail McVey, Ph. D. C Psych, Réseau universitaire de santé, professeur agrégé, École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto
- Brian Rush, Ph. D., professeur, Départements de psychiatrie et des sciences de la santé publique, Université Toronto
- Gillian Mulvale, MA, Ph. D., professeure adjointe, gestion et politiques de la santé, Université McMaster
- David Streiner, MS, Ph. D. C Psych, professeur, Département de psychiatrie, d'épidémiologie clinique et de biostatistique, Université McMaster; Département de psychiatrie, Université de Toronto
- Helen-Maria Vasiliadis, MSc., PhD, Département des sciences de la santé communautaires, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke
- Charlotte Waddell, MSc., MD, CCFP, FRCPC, directrice, Centre des politiques en santé sur les enfants, Université Simon-Fraser
- Samantha Yamada, Ph. D. C Psych, Institut du développement de l'enfant, Université York

Table des matières

Remerciements	3
Sommaire	5
Introduction	8
Contexte canadien en santé mentale et dépendances	10
Processus d'élaboration du présent document.....	11
Arguments en faveur du cadre.....	12
Étapes clés de développement du cadre.....	16
1. Reconnaître les principaux enjeux.....	17
2. Cultiver une compréhension et un langage communs au sujet des concepts clés.....	19
.....	23
3. Définir la portée générale de la mesure du rendement	23
4. Définir les dimensions et les domaines clés du cadre	29
5. Sélectionner les indicateurs	34
Considérations clés au sujet des processus de mobilisation et de consultation systémiques.....	37
Le passage du cadre au système	40
Voir grand, commencer petit, agir maintenant.....	43
Références.....	44
ANNEXE A : Détails concernant les méthodes et les documents.....	50
ANNEXE B : Définitions – Détails supplémentaires.....	55
ANNEXE C : Cadres d'évaluation du rendement de la santé mentale et des toxicomanies.....	58
ANNEXE D : Critères et processus de sélection des indicateurs provinciaux et territoriaux.....	63
ANNEXE E : Liste des ressources supplémentaires	68

Sommaire

Au cours des dernières décennies, de plus en plus de pays ont pris conscience de l'impact colossal des maladies et des problèmes associés à la santé mentale, comme les dépendances, sur les personnes, les familles et les collectivités. Cela a donné lieu à des changements de politique et de pratiques au Canada et à l'étranger. Ce faisant, de meilleures données sont nécessaires pour déterminer si ces mesures exercent une influence positive en vue de mieux éclairer les changements qui seront apportés au système.

Ce rapport révèle des domaines qui présentent un intérêt stratégique pour la mise sur pied d'un cadre pancanadien d'information et de mesure du rendement propre à la santé mentale et aux dépendances (SMD). Ce cadre pourrait s'ajouter à un *système* de mesure du rendement pour évaluer et présenter des rapports sur les résultats en matière de SMD dans l'ensemble du pays. Cela permettrait de faciliter les changements aux services en fonction de données, de favoriser une meilleure collaboration et de faire une différence dans la vie de toute la population canadienne, d'un océan à l'autre.

La Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) a entrepris le projet qui a mené à ce rapport en ayant quatre grands buts en tête :

1. compiler systématiquement des ressources pour appuyer un cadre pancanadien de mesure du rendement du système en SMD;
2. identifier les politiques prioritaires communes dans l'ensemble des provinces et des territoires;
3. s'inspirer des cadres de mesure de rendement existants et des processus de développement connexes;
4. formuler des recommandations favorisant un processus de mobilisation et de consultation pour l'établissement d'un cadre.

Arguments en faveur du cadre

Un cadre pancanadien en SMD permettrait de mesurer plus précisément les différents aspects de notre système complexe qui sont essentiels au changement. Il permettrait d'établir une vision pour le système qui, idéalement, s'harmoniserait aux orientations politiques courantes et aux valeurs que partagent les partenaires en vue d'en accroître l'impact. Il aiderait par ailleurs à assurer un équilibre entre les différents ensembles d'indicateurs, à éviter les effets imprévus²⁷⁻²⁹, à clarifier les relations entre les indicateurs et à relever les écarts (en déterminant les indicateurs qu'il faut développer)⁵. Il serait conçu en complément des initiatives provinciales et territoriales de mesure du rendement qui existent déjà ou qui sont prévues et non pas en plus de celles-ci.

Tous les avantages d'un *cadre* pourraient être réalisés grâce à un *système* pancanadien de mesure du rendement permettant de compiler les mesures communes à l'échelle du système et d'en rendre compte et à l'aide d'un forum pour échanger les pratiques à améliorer et les solutions dans l'ensemble des provinces et territoires. Tout porte à croire que cette vision pourrait être réalisée, notamment le fait que d'autres fédérations étrangères ont mis sur pied un système national pour mesurer le rendement des initiatives de SMD. Le Partenariat canadien contre le cancer (PCCC) est un excellent exemple de cadre pancanadien de mesure du rendement qui inclut des mécanismes de rapport et d'amélioration par la collaboration.

Ce rapport présente les cinq étapes clés du développement d'un cadre de mesure du rendement.

1. Reconnaître les principaux enjeux

L'élaboration d'un cadre à l'échelle du système qui repose sur le consensus dans 13 provinces et territoires en collaboration avec des organisations de partenaires nationaux est une tâche complexe en raison des valeurs divergentes. Dès le début, il sera important d'identifier les préoccupations et les enjeux clés en ce qui a trait à la mesure du rendement et de s'y attaquer. Il faudra notamment déterminer l'objectif ultime de la mesure du rendement, qui verra son rendement mesuré, si les comparaisons tiennent compte des conditions locales et s'il existe

une capacité adéquate pour produire des mesures de qualité et appuyer des interventions relativement aux conclusions.

2. Cultiver une compréhension et un langage communs au sujet des concepts clés

Avant tout, il faut établir une compréhension commune des termes et concepts clés³⁶. Cela est particulièrement important au Canada, en raison de la complexité du contexte. Même si le cadre pancanadien de mesure du rendement n'exige pas que tous les partenaires utilisent les mêmes modèles ou approches de service, une compréhension commune facilitera le consensus sur les principales caractéristiques de ce cadre. L'établissement de valeurs et de principes partagés est également important. L'équipe de recherche a établi un ensemble de concepts initiaux comme point de départ, mais les partenaires doivent être en mesure de suggérer d'autres concepts, cadres et perspectives, surtout ceux qui n'ont pas été bien représentés à ce jour dans les travaux de mesure du rendement.

3. Définir la portée générale de la mesure du rendement

La portée fait référence à l'ampleur des services et des interventions, les niveaux de services ainsi que les populations bénéficiaires des services qui sont couverts par le cadre. Celui-ci doit être raisonnablement harmonisé aux paramètres du modèle du système de services de la SMD, mais il pourrait y avoir de bonnes raisons d'élaborer la portée par étapes⁶⁰ ou même d'avoir des cadres de mesure du rendement séparés mais liés pour certains éléments du service ou des services spéciaux offerts à des populations. Ce qui compte, c'est que les décisions au sujet de la portée (et de leurs coûts et avantages) soient explicites.

Les documents de politique provinciaux et territoriaux qu'on a examinés dans le cadre du présent rapport avaient surtout des modèles généraux qui incluaient les déterminants sociaux de la santé ainsi que la gamme complète des interventions. 12 des 13 documents de politique incluaient les problèmes liés aux substances et les dépendances qui, de l'avis des experts en la matière (EM), devraient figurer dans un cadre pancanadien de mesure du rendement. Il faudra par ailleurs accorder une attention particulière aux populations qui comprennent des enfants et des jeunes ainsi que des Autochtones, en plus de tenir compte des valeurs, principes et normes relatives aux données des partenaires autochtones.

4. Définir les dimensions et domaines clés du cadre

La littérature est catégorique : les cadres et les indicateurs de mesure de rendement doivent être liés aux buts stratégiques⁵. Les priorités politiques des provinces et des territoires, surtout celles qu'ils ont en commun, fournissent de l'information clé pour établir le cadre. Les cinq priorités politiques communes des provinces et des territoires qu'on a identifiées lors de la recherche et qui sont décrites dans ce rapport sont l'accès, la promotion et la prévention, les enfants et les jeunes, les soins axés sur la personne ainsi que les peuples autochtones.

Certains EM estiment que le fait de passer en revue les cadres antérieurs pourrait mener à la création d'un cadre pancanadien rétrograde. Il sera important d'établir un cadre progressif assorti d'indicateurs orientés vers l'avenir. Les EM font d'ailleurs remarquer qu'il sera important et souhaitable pour les partenaires, surtout pour les Autochtones et autres groupes qui aspirent à l'équité, de diriger les aspects des travaux qui ont trait à leur communauté.

5. Choisir des indicateurs

Quatre grandes approches pour sélectionner des indicateurs de mesure du rendement sont ressorties de la littérature : la simple sélection par une équipe de projet, la sélection par un groupe d'experts, le classement systématique des approches (p. ex., méthode Delphi) par des experts ou des partenaires ainsi que des approches comme l'établissement des soins et des concepts. Il existe une grande variabilité dans les processus de sélection des indicateurs au Canada, des processus opérationnels graduels et informels à ceux qui impliquent des groupes d'experts et des équipes de recherche ou encore des partenaires locaux qui sont mobilisés dans le cadre de réunions consultatives, en plus des processus axés sur la recherche qui impliquent de nombreux partenaires ainsi qu'une évaluation Delphi en plusieurs étapes.

Selon les EM, les indicateurs existants ne sont pas assez visionnaires et produiront les mêmes résultats que ceux obtenus par le passé. Nous avons besoin d'indicateurs ambitieux qui pourraient faire progresser le système plus rapidement dans la bonne direction ainsi que d'indicateurs qui reposent sur la voix des personnes qui ont un savoir expérientiel et sur de l'information pour les peuples autochtones et d'autres groupes en quête d'équité.

Processus systématiques de mobilisation et de consultation

Le développement d'un cadre pancanadien de mesure du rendement est une tâche chargée de valeurs qui donne lieu à des opinions divergentes. Une approche systématique et intentionnelle est nécessaire pour concevoir un cadre et un ensemble d'indicateurs que les partenaires pourront adopter malgré leurs différentes perspectives. Le processus de dialogue délibératif utilisé pour créer la *Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada* offre un important modèle général¹⁴. L'équipe de recherche a également recensé cinq initiatives spécifiques qui comportaient des processus systématiques de cadres de mesure du rendement des services de SMD, lesquels peuvent éclairer le développement d'un cadre pancanadien.

Les EM ont insisté sur le fait que l'engagement doit être authentique, ce qui implique un processus participatif de conception conjointe assorti d'une réflexion et de la reconnaissance des contextes et des préjugés sociohistoriques, de même que de la détermination de qui prend les décisions et qui en profite. Cela exige du temps et des ressources.

Transition du cadre vers le système

On a formulé des critiques sur la mesure du rendement, car elle ne semble pas avoir dépassé l'étape de la conceptualisation³⁵. La capacité de produire des indicateurs et de rendre compte régulièrement de ces derniers, et des ressources pour créer des indicateurs stratégiques et ambitieux sont nécessaires pour atteindre l'objectif final, à savoir l'amélioration du système de SMD. Même s'il est difficile de produire une mesure du rendement cohérente dans l'ensemble du pays en raison des nombreux systèmes de données utilisés par les provinces et territoires, tout comme ce l'est entre les pays ailleurs dans le monde, il existe des modèles exemplaires pour un système pancanadien. Ceux-ci comprennent l'initiative de rendement du système de lutte contre le cancer du Partenariat canadien contre le cancer, qui publie en ligne des rapports par province et territoire depuis 2009, assortis de valeurs et d'indicateurs, qui sont mis à la disposition de tous les partenaires. Même si le domaine du cancer a certains avantages distincts par rapport à la SMD, il est raisonnable d'aspirer à un système qui comporte des caractéristiques similaires.

Voir grand, commencer petit et agir maintenant

Les ressources de SMD compilées dans le cadre du présent projet peuvent éclairer et soutenir un plan pour élaborer un cadre pancanadien de mesure du rendement en SMD. Elles reposent sur les priorités politiques des provinces et des territoires, comportent des cadres existants et des leçons tirées à partir de processus de développement systématiques utilisés pour concevoir des cadres au Canada.

Même s'il existe une diversité importante entre les cadres de mesure du rendement existants, on constate aussi une richesse et une profondeur d'approche qui, après une sélection réfléchie, pourraient venir éclairer un processus efficace et des résultats de qualité pour la SMD.

Selon l'équipe de recherche, les travaux en vue d'élaborer un cadre pancanadien de mesure du rendement axé sur la politique devraient débiter dès maintenant avec des partenaires clés. Une fois le cadre en place, on pourra sélectionner les indicateurs stratégiques existants qui vont de pair avec celui-ci et on pourra identifier les écarts majeurs quant aux indicateurs qui doivent être développés dans l'immédiat. Avec la capacité nécessaire pour élaborer des indicateurs et présenter des rapports, la production d'un premier rapport pancanadien collaboratif sur le rendement du système de SMD devient un objectif réalisable. Idéalement, cela comprendrait un mécanisme permettant de relier logiquement les activités menées en collaboration en vue d'améliorer le système.

Introduction

Au cours des dernières décennies, de plus en plus de pays ont pris conscience de l'impact colossal des maladies et des problèmes associés à la santé mentale sur les personnes, les familles et les collectivités.¹ Cela a entraîné des changements aux politiques et aux pratiques au Canada et à l'étranger, en plus de créer une demande pour de meilleures données afin de déterminer si ces efforts ont des impacts positifs et d'éclairer d'autres changements au système.

Ce rapport révèle des domaines d'intérêt stratégique pour élaborer un cadre pancanadien d'information et de mesure du rendement propre à la santé mentale et aux dépendances (SMD)². Ce cadre pourrait servir de système de mesure du rendement, ce qui permettrait de mesurer les résultats en SMD dans l'ensemble du pays et d'en rendre compte. Cela viendrait stimuler les changements apportés aux services en fonction de données, favoriser une meilleure collaboration et faire une différence dans la vie des gens d'un bout à l'autre du Canada.

Vers de meilleures données

On réclame de meilleures données pour éclairer et soutenir les changements à tous les niveaux du système depuis au moins 20 ans. Des organismes comme l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCUS), Statistique Canada et les autorités provinciales et territoriales ont tous entrepris des initiatives en SMD (qui sont documentées en détail ailleurs)¹. Même si ces activités sont encourageantes, les initiatives sont relativement déconnectées.

Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada (la Stratégie), le tout premier document pancanadien de politique sur la santé mentale publié en 2012, mentionnait l'importance d'améliorer l'information et les mesures dans le système canadien de soins de santé mentale². Parmi ses recommandations, mentionnons l'identification d'un ensemble de mesures initiales pour suivre les progrès et l'élaboration d'un cadre pour rendre compte des résultats à long terme.

La Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) a fait avancer ce dossier de façon progressive. En 2014, la CSMC a publié *Portrait des données relatives à la santé mentale au Canada : contexte, besoins, et lacunes*¹. En 2015, elle a rendu compte d'un premier ensemble d'indicateurs nationaux dans *Tracer la voie de l'avenir : Indicateurs de la santé mentale pour le Canada*³. Plus récemment, la CSMC a joué un rôle de soutien dans un projet de validation de concept de la fondation Graham Boeckh. Dans le cadre de ce projet, une équipe de chercheurs a produit six indicateurs de SMD à partir de données administratives de cinq provinces. Ces indicateurs ont été rendus publics, par province, dans le document intitulé *Toward Quality Mental Health Services in Canada : A Comparison of Performance Indicators Across 5 Provinces*⁴.

En juin 2017, la CSMC a entrepris des travaux sur la deuxième recommandation de la Stratégie. L'équipe a commencé à examiner les principaux obstacles cernés dans les travaux antérieurs, y compris :

- l'absence d'un cadre conceptuel partagé pour organiser une tâche si complexe (ce qui est à l'origine de la recommandation dans la Stratégie),

¹ Dans ce document, les références à la santé mentale et aux maladies mentales comprennent les problèmes de consommation, qu'il s'agisse de l'usage problématique, du mésusage ou de l'abus de substance ou encore de dépendances. Dans le même ordre d'idées, les services de santé mentale comprennent l'ensemble du continuum de services liés aux substances et aux dépendances, même si celles-ci ne sont pas explicitement nommées. L'acronyme SMD (santé mentale et dépendances) est utilisé par souci de concision, mais fait référence à l'ensemble du continuum, du bien-être à la maladie, dans des domaines qui sont traditionnellement séparés.

² Lorsqu'il est question de cadre de mesure du rendement en SMD, c'est en référence à un cadre pancanadien collaboratif à l'échelle du système, conçu pour compléter et non pas dupliquer les initiatives de mesure du rendement existantes ou prévues dans les provinces et les territoires.

- l'absence d'une compréhension partagée sur un sujet relativement abstrait et technique,
- la confusion entre les intervenants au sujet des rôles et des responsabilités relativement aux différentes mesures à prendre à différents niveaux du système,
- l'absence de lien entre les indicateurs existants et les orientations politiques

Comme c'est le cas pour les politiques et les services, les opinions diffèrent quant à la meilleure voie à suivre pour mesurer le rendement. Cela dit, il y a des domaines observables où les valeurs et les pratiques actuelles en mesure du rendement des intervenants en SMD se recoupent. La CSMC a tout d'abord cherché à cerner ces terrains d'entente comme première étape du processus d'élaboration d'un cadre pancanadien de mesure du rendement.

Éclairer le processus d'élaboration du cadre

Les principaux objectifs du projet actuel étaient les suivants :

- compiler systématiquement des ressources aptes à appuyer la mise sur pied d'un cadre pancanadien de mesure du rendement du système en SMD;
- identifier les politiques prioritaires communes à l'ensemble des provinces et des territoires;
- s'inspirer des cadres de mesure de rendement existants et des processus de développement connexes;
- formuler des recommandations sur un processus de mobilisation et de consultation en vue de créer le cadre.

Pour faire avancer le projet, il a fallu passer en revue les mesures existantes du rendement en SMD au Canada, y compris les analyses comparatives contenues dans les documents provinciaux et territoriaux récents qui sont pertinents à l'élaboration d'un cadre. Du contenu sélectionné provenant d'initiatives internationales et de la littérature pertinente en recherche a également permis de placer les résultats dans un contexte plus large. Les indicateurs de rendement pertinents en provenance de tous les documents ont été extraits afin d'être catalogués ultérieurement en fonction du concept choisi pour le cadre.

La prémisse centrale de ce travail, conformément à la littérature en recherche sur la mesure du rendement, était que les mesures doivent être stratégiques en suivant des priorités politiques^{5, 6}.

À propos de ce document

Ce rapport présente le résumé des principales constatations en provenance de toutes les sources. (Tous les détails sur toutes les ressources sont disponibles séparément.) Il présente le contexte de SMD au Canada, décrit brièvement les méthodes utilisées pour compiler et résumer l'information pertinente, propose une justification initiale en faveur d'un cadre pancanadien de mesure du rendement et cerne les principaux concepts et enjeux relativement au développement d'un tel cadre.

La dernière section du rapport propose des façons d'aller au-delà de la création d'un cadre en passant à la mesure complète du rendement à l'échelle du système, suivi de conclusions tirées à partir de toute l'information recueillie dans le cadre du projet. À la fin de chaque section se trouve un résumé des points de vue des EM sur les idées présentées, et les divergences sont mentionnées, lorsqu'elles surviennent.

Il est important de rappeler que le présent document cherche à *éclairer* un processus de consultation complet auprès des partenaires en vue de concevoir un cadre pancanadien et non pas à *déterminer* les aspects précis de ce dernier.

Contexte canadien en santé mentale et dépendances

Les politiques sur les services de santé mentale, leur planification et leur prestation posent certains des plus grands défis dans le domaine de la santé et des services à la population. Cela est en partie attribuable au fait que les maladies et les problèmes associés à la santé mentale sont des phénomènes complexes qui se présentent de façon très différente au cours de la vie et dans différents contextes culturels.

Les enjeux liés à la SMD sont très vastes. Ils passent des épisodes uniques aux épisodes répétés, aux maladies chroniques et par toute la gamme de la sévérité, de la détresse mineure causée par des situations précises aux maladies graves qui mettent la vie en danger. Les maladies peuvent avoir un impact majeur sur le fonctionnement et la qualité de vie, et le rétablissement ne dépend pas seulement du traitement.

Disparités entre les besoins et les soins reçus

Les déterminants de la SMD sont nombreux et diversifiés. Ils comprennent les déterminants sociaux et structurels, et les services de santé n'influent que sur une partie des résultats. La plupart des préoccupations en SMD surviennent pour la première fois durant l'enfance et l'adolescence. La prévention efficace et l'intervention précoce sont d'une importance capitale en raison des conséquences à vie de ces maladies. La promotion de la santé mentale à grande échelle est également essentielle, puisque la qualité de vie et la productivité d'une société sont fondamentalement associées au niveau de bien-être mental de sa population.

Contrairement à la plupart des autres maladies, seule une proportion de gens éprouvant des problèmes de SMD reçoit un diagnostic et cherchent à obtenir des soins⁷⁻⁹. Par exemple, on estime que moins du tiers des enfants et des jeunes qui ont besoin de services spécialisés les obtiennent⁹. La proportion de gens ayant des problèmes liés aux substances qui cherchent un traitement et qui obtiennent des soins adéquats est aussi très faible^{10, 11}. En particulier, les peuples autochtones vivent d'importantes inégalités en matière de santé mentale et de bien-être, sans parler de l'accès à des soins qui respectent les concepts autochtones associés à la santé et à la maladie mentale et qui sont sécuritaires sur le plan culturel^{8,12,13}.

La prestation de services au Canada est complexe

Les gouvernements provinciaux et territoriaux sont les principaux responsables de la santé et des services sociaux au Canada. Cependant, le gouvernement fédéral joue un rôle important dans la prestation de services aux employés de la Gendarmerie royale du Canada, aux membres de l'Armée, aux employés fédéraux, aux peuples autochtones qui vivent dans les réserves et aux personnes dans les établissements correctionnels fédéraux. Le gouvernement du Canada établit également une orientation politique nationale et essentielle, par exemple en ratifiant la Convention relative aux droits des personnes handicapées des Nations Unies¹⁴.

Le financement provient de tous les ordres de gouvernement, directement et indirectement, ainsi que de fournisseurs privés et de bienfaisance. La dont les services de SMD sont établis varie également beaucoup, allant des approches axées sur la terre³ aux soins hospitaliers tertiaires. Le contexte de soins au Canada est caractérisé par une grande diversité géographique et une diversité démographique croissante. Il existe de profondes différences entre la taille, la composition démographique, les proportions rurales et urbaines des populations provinciales et territoriales, tout

« La promotion de la santé mentale à grande échelle est également essentielle, puisque la qualité de vie et la productivité d'une société sont fondamentalement associées au niveau de bien-être mental de sa population ».

³ Une « approche axée sur la terre » tient compte de la façon dont les Autochtones perçoivent l'univers; dans ce contexte, il s'agit du lien entre la terre et l'eau, la santé humaine et le bien-être. Ce concept est à l'origine de la perception qu'ont les Premières Nations, les Métis et les Inuits de la santé mentale et du bien-être.

comme dans les problèmes de santé et les défis en matière de soins¹⁵. Cette complexité crée des défis de taille lorsqu'il s'agit d'offrir des interventions et de mesurer le rendement du système⁸.

Des améliorations au programme

Malgré les défis associés à la complexité de la prestation de soins au Canada, il y a des développements prometteurs dans ce domaine. On constate une croissance remarquable dans le nombre de traitements nouveaux et efficaces, d'innovations en matière de services et de modèles de collaboration qui pourraient améliorer les résultats de façon substantielle.

En outre, la santé mentale et les dépendances sont devenues une priorité politique à l'échelle fédérale. L'aide publique en faveur de la SMD en tant que priorité politique fédérale dépasse 80 %¹⁷. Cela a donné lieu à une augmentation du financement ainsi qu'à un engagement par tous les ordres de gouvernement d'améliorer l'accès aux services de SMD, tel qu'indiqué dans *L'énoncé de principes communs sur les priorités partagées en santé* en août 2017¹⁶. Cet engagement est assorti de rapports sur les résultats des nouveaux investissements. L'ICIS mène actuellement un processus de consultation en vue de sélectionner de trois à cinq indicateurs de l'amélioration de l'accès aux soins.

Processus d'élaboration du présent document

L'équipe de recherche a utilisé différentes méthodes pour compiler et résumer l'information nationale, provinciale/territoriale et internationale pertinente sur les politiques en SMD et la mesure du rendement.

Collecte des documents initiaux

Le projet visait principalement les documents de politique actuels en SMD ainsi que les cadres de mesure du rendement provinciaux et territoriaux en SMD. Des processus de recherche systématique à l'aide de termes normalisés ont mené à 139 documents au départ, que les EM et les décideurs politiques du groupe consultatif provincial et territorial de la CSMC ont validés par la suite.

Des recherches dans les sites Web de 11 organisations ont fait ressortir des documents nationaux. Des recherches dans des sites Web au sujet de travaux pertinents dont les chercheurs connaissaient l'existence ont permis d'obtenir 21 autres documents en provenance de six pays. On a utilisé des méthodes d'examen rapide pour mettre à jour la littérature de recherche récente sur la mesure du rendement (N = 56 articles, 75 % datant de 2010 à aujourd'hui¹⁸).

Sélection des documents de politique et des cadres en vue de la planification

L'équipe de recherche a déterminé par consensus quels documents politiques et cadres devraient être inclus dans le processus de planification : en tout, 19 documents de politique provinciaux et territoriaux et 10 cadres provinciaux et territoriaux (dont deux qui étaient en cours de développement) sont ressortis. En raison du nombre relativement petit de cadres trouvés, l'équipe a adopté une définition très libérale du terme « cadre ».

Elle a réalisé des analyses de contenu pour relever les thèmes prioritaires dans les documents de politiques provinciaux et territoriaux sur la SMD. On a validé les codes pour les deux documents de politique qui ont été les plus difficiles à coder et tous ont convenu qu'ils étaient très bons. Cependant, en raison de la variabilité de la longueur, du format et des termes utilisés, ces constatations devraient être traitées comme des modèles et non pas comme des résultats précis ou définitifs.

Les détails du cadre de mesure du rendement ont été compilés plus directement. Les indicateurs (utilisés ou idéaux) ou les concepts associés ont été saisis puis ajoutés à une liste. On a éliminé les répétitions et effectué une classification

initiale. Les indicateurs servent de référence pour le développement de mesures du rendement à l'avenir. Les constatations ont été consignées dans un rapport préliminaire.

Recherche de rétroaction

Une vingtaine d'experts en la matière (EM) ont offert des commentaires sur le rapport préliminaire. On a choisi ces experts de façon à représenter les neuf principaux domaines de politiques prioritaires des provinces et des territoires. Ils ont également été choisis en fonction de leur expertise en services et en mesure du rendement en SMD; le groupe comprend également des gens qui détiennent un savoir expérientiel et/ou des membres de leur famille. Les EM ont suggéré 68 indicateurs ou domaines prioritaires de plus pour l'élaboration d'indicateurs, ainsi que 26 autres documents.

L'équipe de recherche a résumé l'information en provenance de toutes les sources et présente ses constatations dans le présent rapport, dans la mesure où ils se rapportent à ce que la littérature décrit comme étant des éléments conceptuels majeurs de l'élaboration d'un cadre de mesure du rendement en SMD. Les détails complets des méthodes et la liste des documents figurent à l'annexe A. Des ressources détaillées sont disponibles séparément.

Arguments en faveur du cadre

De meilleures données sur l'état et les besoins de la population canadienne en SMD, les services qu'elle reçoit et les résultats obtenus pourraient permettre d'apporter des améliorations considérables aux services et systèmes de SMD au pays. L'attrait de ce potentiel milite en faveur de la mise en place, en collaboration, d'un cadre pancanadien de mesure du rendement à l'échelle du système malgré les défis, comme la complexité des services, leur prestation fragmentée, le cloisonnement des données et d'autres considérations.

Reconnaître les défis

La prestation de services au Canada demeure très dans l'ensemble des milieux de soins. De plus, il est rare, même au sein d'une province, d'un territoire ou d'une région sanitaire, que les systèmes de collecte de données soient intégrés, ce qui empêche de suivre le parcours complet des utilisateurs de services. Les processus pour accéder aux systèmes actuels de données et pour en rendre compte peuvent être complexes sur le plan technique et dispendieux, tout comme ceux qui fournissent des données primaires dans les milieux de soins. Cela dit, les sondages auprès de la population (comme l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes) aident à brosser un portrait global.

On a démontré à plusieurs reprises qu'aucune organisation n'est responsable de l'information sur la SMD et la mesure du rendement au Canada¹. Il existe par ailleurs une grande confusion et un amalgame de concepts et d'approches de mesure du rendement distincts, mais étroitement reliés chez les organisations qui participent directement à ce travail. En termes pratiques, le but ultime de la mesure du rendement est de suivre les progrès en vue d'améliorer les services et le système et d'éclairer les mesures à prendre à l'avenir. De plus en plus de recherches et de documents sur la pratique font état des impacts positifs des systèmes de mesure du rendement sur les services lorsqu'ils sont bien pensés, conçus et évalués^{8,19}.

« Le but ultime de la mesure du rendement est de surveiller les progrès en vue d'améliorer les services et le système et d'éclairer les mesures à prendre à l'avenir. »

La complexité du contexte de SMD au Canada est l'une des raisons pour lesquelles il est difficile d'obtenir un consensus sur un cadre de mesure du rendement. C'est aussi l'une des raisons importantes pour lesquelles ce type de cadre est nécessaire. Il peut être coûteux, voire dommageable, d'utiliser une approche désordonnée.

Pratiques exemplaires en mesure du rendement

Une approche de longue date en mesure du rendement, attribuable au désir de présenter des rapports immédiats, consiste à cataloguer des listes d'indicateurs potentiellement pertinents et de sélectionner ceux qui peuvent être obtenus à partir des sources de données existantes (critère de faisabilité). Même si on reconnaît souvent que des critères idéaux devraient être développés, le processus tombe souvent en panne à cette étape.

La « disponibilité » de cette approche a donné lieu à un ensemble de mesures rétrospectives (qui reflètent ce qui est déjà arrivé) et très centrées^{20,21}. La plupart des rapports en SMD tiennent compte d'éléments plus formels et critiques du système de soins de santé. Ils se concentrent également sur les services aux adultes (et non pas aux services communautaires qui s'adressent aux gens de tous les âges, y compris les pratiques familiales)^{8,21}, où la plupart des soins sont fournis et où l'orientation politique est le plus concentrée.

En outre, il n'est pas très pratique d'utiliser une liste d'indicateurs existants comme point de départ. Il existe des milliers d'indicateurs de la santé et de la SMD^{5,6,19,22-26}, ce que l'on pourrait qualifier de « chaos des indicateurs »²⁶. Il est pratiquement impossible de choisir des indicateurs pour mesurer le rendement sans cadre de mesure conceptuel pour réduire considérablement les possibilités^{5,6}.

La promesse d'un cadre pancanadien

Un cadre pancanadien de mesure du rendement permettrait de définir la portée des aspects à mesurer dans le système complexe du Canada qui sont importants pour implanter des changements. Il permettrait d'établir une vision pour le système qui, idéalement, s'harmoniserait aux orientations politiques courantes et aux valeurs que partagent les partenaires en vue d'accroître l'impact possible. Il aiderait par ailleurs à assurer un équilibre entre les différents ensembles d'indicateurs, à éviter les effets imprévus²⁷⁻²⁹, à clarifier les relations entre les indicateurs et de relever les écarts (en déterminant les indicateurs qu'il faut développer)⁵.

Un tel cadre pourrait également aider à mieux cerner les rôles et responsabilités complémentaires des partenaires en vue de développer et de produire des indicateurs. Cela serait avantageux dans un contexte où plusieurs organisations pancanadiennes assument des responsabilités relativement aux données et à l'information en SMD, mais aucune ne joue un rôle de leadership¹.

L'aptitude des provinces et des territoires à mesurer le rendement en SMD varie considérablement. Certaines administrations sont en train d'élaborer des systèmes complets à cette fin, tandis que d'autres n'ont pas encore commencé à le faire. Dans l'ensemble, la capacité technique (en la matière et l'expertise en mesure) est très rare au Canada, ce qui rend encore plus important le partage de l'expertise pour faire avancer l'apprentissage et réduire les chevauchements.

Un consensus sur des indicateurs communs permettrait d'établir des repères et ainsi de faire de la SMD un important aspect de la politique nationale. Un cadre de mesure du rendement permettrait également d'établir de quelles données provinciales et territoriales nous avons besoin pour le système et de développer des mesures comme l'expérience des patients et les résultats signalés³⁰.

Les avantages pourraient très bien compenser les coûts si le cadre reflète les orientations politiques courantes des gouvernements provinciaux et territoriaux, vient compléter les approches de mesures du rendement en existence, favorise le partage des capacités techniques et des pratiques exemplaires ou prometteuses en mesure du rendement, en plus de permettre l'amélioration du système de services.

« Les avantages pourraient très bien compenser les coûts si le cadre reflète les orientations politiques courantes des gouvernements provinciaux et territoriaux, vient compléter les approches de mesures du rendement en existence, favorise le partage des capacités techniques et des pratiques exemplaires ou prometteuses en mesure du rendement, en plus de permettre l'amélioration du système de service. »

Concrétiser la vision

Certaines personnes se demandent probablement s'il est possible de concrétiser cette vision, soit élaborer un système pancanadien de mesure du rendement permettant de compiler les mesures courantes à l'échelle du système et d'en rendre compte et créer un forum pour échanger les pratiques à améliorer et les solutions dans l'ensemble des provinces et territoires. De nos jours, la plupart des services de SMD sont offerts par les 13 gouvernements provinciaux et territoriaux, ce qui signifie que la plupart des activités portant sur la mesure du rendement relèvent également de ceux-ci.

Certains pays, y compris des fédérations comme le Canada, ont toutefois mis sur pied des initiatives de mesure du rendement en SMD à l'échelle du système^{31, 32}. Le PCC a réussi à mobiliser de nombreux partenaires en vue d'élaborer un cadre et un système pancanadien de mesure du rendement pour présenter des rapports et apporter des améliorations, qui pourrait servir de modèle³³.

Il y a d'autres raisons de faire preuve d'optimisme :

- *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*, qui a été influencée par les politiques et les pratiques en santé mentale des provinces et des territoires¹⁴ et qui les a influencées à son tour, a fait l'objet d'un consensus impressionnant chez les parties prenantes en SMD.
- Les provinces et les territoires sont en mesure de produire des rapports sur des indicateurs énoncés dans *Tracer la voie de l'avenir : Indicateurs de la santé mentale pour le Canada*.
- La sélection de l'accès aux indicateurs dans le cadre de *L'énoncé de principes communs sur les priorités partagées en santé*, dirigé par l'ICIS, a donné un élan et ouvert la voie à des travaux plus complets.
- Les gouvernements provinciaux et territoriaux se sont explicitement engagés à suivre les progrès et les résultats dans pratiquement tous leurs documents de politique actuels en SMD.

L'un des exemples de cet engagement provincial est le plan d'action *Working together for Change* de la Saskatchewan, qui contient l'objectif suivant : « Mesurer la qualité, les progrès et les résultats et en rendre compte, comme gage de responsabilité pour le changement continu ». « Les personnes qui détiennent un savoir expérientiel et les membres de leur famille veulent que le système soit amélioré. Elles veulent voir des résultats et s'assurer que le système fonctionne dans leur intérêt ».

« Les personnes qui détiennent un savoir expérientiel et leur famille veulent que le système soit amélioré. Ils veulent voir des résultats et s'assurer que le système fonctionne dans leur intérêt. »

— Tiré du document de la Saskatchewan *Working Together for Change*³⁴

Le point de départ d'un cadre canadien

L'avantage ultime d'un cadre pancanadien de mesure du rendement et, idéalement d'un système, serait que toutes les parties prenantes aient une compréhension commune des concepts clés des cadres de mesure du rendement dans les services de SMD.

En puisant dans la littérature pertinente sur la mesure du rendement, nous offrons la description initiale et minimale suivante pour montrer à quoi un cadre pancanadien de SMD pourrait ressembler :

- Le cadre viendrait définir la portée des mesures et les domaines prioritaires à mesurer, en plus de :
 - organiser un ensemble d'indicateurs existants et idéaux et expliquer les liens entre ceux-ci ainsi que les résultats attendus du système, tout en assurant un équilibre entre des domaines prioritaires variés;
 - définir quels indicateurs sont les plus désirables et conviennent le mieux aux mesures pancanadiennes et lesquelles conviennent le mieux à la collecte et aux rapports locaux (en cherchant à obtenir une complémentarité lorsque possible);

- définir les rôles et les responsabilités des partenaires en matière de surveillance et de production d'indicateurs précis ou de types d'indicateurs.
- Le système ajouterait une capacité de collaboration pour compiler les indicateurs et en rendre compte :
 - Les données proviendraient de multiples sources et comprendraient la totalité des données provinciales et territoriales soumises selon des définitions communes ou encore des données en provenance de sondages nationaux (qui pourraient être fournies par les provinces et les territoires et même les régions).
 - Ces rapports s'adresseraient aux personnes ayant un savoir expérientiel et à leur famille, aux fournisseurs de services, aux planificateurs du système, aux responsables des politiques et aux décideurs ainsi qu'au grand public.
 - Idéalement, le système permettrait de tenir des discussions fédérales-provinciales et territoriales sur les domaines à améliorer, d'examiner les données pertinentes et de partager les pratiques exemplaires en vue d'apporter des améliorations.

Le cadre ou système n'inclurait ou ne recueillerait pas d'indicateurs sur les processus d'amélioration de la qualité à l'échelle locale ou des milieux de soins (p. ex., rares incidents de sécurité chez les patients hospitalisés). En outre, il n'y aurait pas un seul système d'information physique qui recueille et entrepose les données primaires des utilisateurs individuels, à l'échelle locale, et qui les étend aux autres juridictions.

« Le cadre ou système n'inclurait ou ne recueillerait pas d'indicateurs sur les processus d'amélioration de la qualité à l'échelle locale ou des milieux de soins (p. ex., rares incidents de sécurité chez les patients hospitalisés). »

L'AVIS DES EXPERTS

Plus de 20 EM ont collaboré à la rédaction du document *Ressources pour l'établissement d'un cadre canadien de mesure du rendement propre à la santé mentale et aux dépendances*. Leurs perspectives, parfois divergentes, sont présentées dans des encadrés comme celui-ci, qu'on trouvera à la fin de chaque section du document.

Leurs points de vue en faveur de l'établissement d'un cadre pancanadien d'information et de mesure du rendement en SMD allaient comme suit :

- Ils convenaient en général de la valeur d'un cadre pancanadien. Un seul EM était d'avis que les travaux devraient se concentrer sur l'élaboration d'un seul indicateur, sans cadre.
- Le but ultime des systèmes de mesure du rendement est d'apporter des améliorations afin d'obtenir de meilleurs résultats.
- Selon certains EM, le cadre de mesure du rendement devrait être axé à la fois sur les besoins de la population et des priorités politiques, puisque ces deux éléments ne sont pas complètement harmonisés.
- Les enfants et les jeunes, les peuples autochtones et les services liés à la consommation de substances et aux dépendances sont des domaines jugés critiques dans l'élaboration du cadre.
- Plusieurs EM font ressortir l'importance de tenir compte de l'équité et des groupes qui aspirent à celle-ci.
- Les EM se sont dit fatigués par le grand nombre d'initiatives entreprises au cours des dernières années qui n'ont pas produit les résultats visés et qui ne se sont pas traduites par des engagements en matière de mesures ni en stratégie adéquate à ce sujet.
- La complexité du système canadien de SMD n'est pas nécessairement le principal obstacle à un système pancanadien. Cela a probablement plus à voir avec le fait que la mesure du rendement n'est pas un domaine d'investissement prioritaire.

Étapes clés de développement du cadre

La littérature sur la mesure du rendement présente six étapes clés afin de développer un cadre de mesure du rendement⁵. Elles sont les suivantes :

1. Reconnaître les principaux enjeux.
2. Cultiver une compréhension et un langage communs au sujet des concepts clés.
3. Définir la portée générale de la mesure du rendement.
4. Définir les dimensions et domaines clés du cadre.
5. Choisir des indicateurs.
6. Mobiliser et consulter systématiquement les partenaires. (La prochaine section du rapport couvre les résultats de ces démarches)

La littérature indique clairement que le fait d'avoir un plan ainsi que la capacité d'agir en réponse aux résultats de la mesure du rendement sont essentiels au processus de changement et à l'obtention de résultats positifs. La capacité

technique de produire des indicateurs et d'en rendre compte, la capacité d'interpréter les constatations (expertise en la matière) et la capacité d'appuyer les politiques et les pratiques en vue d'améliorer le rendement sont essentielles. Lorsque tout est cela en place, un cadre de mesure du rendement en SMD peut devenir un véritable *système* de mesure du rendement en SMD. La dernière section du document fait le résumé des constatations et des conseils au sujet de la transition du cadre vers un système.

1. Reconnaître les principaux enjeux

L'élaboration d'un cadre à l'échelle du système qui repose sur le consensus dans 13 provinces et territoires en collaboration avec des organisations de partenaires nationaux est une tâche complexe en raison des valeurs divergentes. On devrait identifier et traiter les principaux enjeux et préoccupations qui sont intrinsèques à la mesure du rendement dès le début du processus. Certains des enjeux et des questions susceptibles de survenir sont présentés ci-après, avec les réflexions initiales de l'équipe de recherche.

Quel est le but ultime de la mesure du rendement?

Il est largement reconnu que la mesure du rendement est importante pour améliorer une vaste gamme d'initiatives humaines, comme la santé et les services sociaux. Les données qui montrent que la mesure du rendement peut avoir les effets désirés (si elle est bien effectuée) s'accumulent. La mesure moderne du rendement a évolué, passant des approches de type « bulletin de rendement » à des approches plus progressives qui mobilisent les partenaires pour interpréter les résultats et les partager, formuler et mettre en œuvre des solutions. Une mesure du rendement efficace exige une réflexion régulière sur l'objectif et le processus, y compris l'évaluation formelle et la souplesse requise pour répondre aux enjeux émergents.

« Une mesure du rendement efficace exige une réflexion régulière sur l'objectif et le processus, y compris l'évaluation formelle et la souplesse requise pour répondre aux enjeux émergents. »

Il convient de remarquer que la mesure du rendement peut avoir des effets imprévus si elle n'est pas bien effectuée, comme détourner les ressources publiques d'autres investissements majeurs et même détourner l'attention d'enjeux de politique ou de pratique importants²⁷⁻²⁹. En outre, la mesure du rendement n'est pas le seul outil pour améliorer les services, de la même façon que les mesures quantitatives ne sont pas la seule source d'information pour éclairer la politique ou la pratique. D'autres formes de connaissances et d'autres types de données sont essentiels pour interpréter les valeurs des indicateurs selon le contexte et pour trouver des solutions.

Quel sera le rendement mesuré?

La SMD est passée d'une responsabilité du système de santé à une responsabilité sociale au cours des dernières années; nous en sommes tous responsables. Un cadre pancanadien d'information et de mesure du rendement devrait mettre en évidence l'efficacité de la CSMC et de ses partenaires nationaux dans le changement de politique, celle des gouvernements à réformer les systèmes de prestation des services, et celle des groupes de défense de la cause, des collectivités et des individus à changer les attitudes et à soutenir les gens dans le besoin.

Le cadre devrait nous aider à déterminer comment nous nous en tirons en tant que société et pays dans ce domaine fondamental de la santé humaine. Cela a des implications sur l'orientation globale du cadre, sur son développement et sur sa portée.

Les comparaisons seront-elles équitables et tiendront-elles compte des conditions locales?

Tous les indicateurs sont influencés par des facteurs qui vont au-delà des services de santé ou du but d'une intervention, comme les contextes urbains et ruraux, les environnements sociaux et physiques, la démographie des populations (y compris les différences de culture et de langue) ainsi que les différences socioéconomiques. Les indicateurs devraient être interprétés comme des repères qui montrent qu'une analyse et une discussion plus approfondies sont nécessaires. Ce sont les points de départ de conversations et d'examen des enjeux sous-jacents.

Même si les outils statistiques comme l'ajustement des risques pour l'analyse des différences régionales et territoriales entre les indicateurs, ils ne sont pas infaillibles et peuvent parfois nous induire en erreur⁸. Au lieu de tenter de « corriger » artificiellement ces différences, il est souvent plus utile de tenter de comprendre celles qui sont les plus importantes et de consacrer notre énergie à trouver des façons de régler les problèmes de soins de santé en fonction des différences de contexte.

Y aura-t-il une capacité suffisante pour produire des mesures et pour soutenir les interventions basées sur les constatations?

Il s'agit d'une question fondamentale. On a mentionné à plusieurs reprises qu'aucune organisation n'a la responsabilité *exclusive*, le mandat ou les ressources pour mesurer l'information et le rendement en santé mentale au Canada ou à l'échelle nationale ou provinciale. Le document *The Road to Demonstrating Our Success: A Proposal to Develop a Comprehensive Data and Performance Measurement Strategy for the Mental Health and Addictions System in Ontario* fait ressortir l'importance d'avoir une capacité durable à cette fin⁵³. Aucune autre province ni aucun autre territoire n'a proposé publiquement d'accroître la capacité de recueillir des données et de rendre compte des indicateurs en SMD ou de financer des initiatives dans ce but.

Approches de base pour les systèmes de mesure du rendement dans les soins de santé

Les approches qui sont suggérées ci-après s'appliquent généralement à un cadre de mesure du rendement à l'échelle du système. Elles ont été compilées à partir de 17 articles de base sur la mesure du rendement dans les soins de santé³⁵:

- assurer le leadership et l'engagement des décideurs de haut niveau;
- emprunter une approche à l'échelle des systèmes qui tient compte des enjeux propres à l'organisation et au contexte;
- maintenir une orientation positive, constructive et axée sur les solutions et non pas une approche qui cherche à jeter le blâme;
- utiliser des indicateurs de rendement comme repères pour identifier les domaines qui nécessitent des améliorations et non pas comme mesure absolue du rendement;
- s'engager à mesurer le rendement à long terme, de façon routinière;
- mesurer le rendement des ressources de façon appropriée; s'assurer de disposer de l'expertise technique et de gestion adéquate ainsi que des fonds nécessaires;
- favoriser une communication continue et ouverte qui met l'accent sur l'interprétation des constatations et évite les explications simplistes;
- encourager les organismes à s'approprier la mesure du rendement à l'aide d'approches collaboratives et participatives;
- tenir compte des points de vue de tous les participants;
- prévoir la gestion du rendement et non pas simplement la mesure, en s'assurant que des mécanismes sont en place pour utiliser les résultats.

L'AVIS DES EXPERTS

Il existe assurément de nombreux autres enjeux à identifier et dont il faut discuter lors du processus de création d'un cadre pancanadien de mesure du rendement. Les EM qui ont participé au projet ont proposé les sujets de discussion suivants :

- Comment et par qui le développement du cadre sera-t-il dirigé?
- Comment les organisations collaboreront-elles avec les provinces et les territoires et autres organisations nationales?
- Qui financera le développement du cadre? Qui financera le système complet?
- Pour qui le système sera-t-il le plus et le moins utile?
- Comment pourra-t-on justifier de détourner des ressources pour la prestation de services pour créer le système?
- Comment obtiendra-t-on l'appui des personnes qui recueillent les données, comme les partenaires provinciaux, territoriaux et locaux?
- À qui appartiendra le processus de collecte d'information et de rapports?
- Comment les mécanismes de surveillance par la communauté et d'examen par les pairs sont-ils intégrés?
- Comment la qualité du travail sera-t-elle assurée?
- Comment les intervenants mettront-ils de côté la fatigue causée par l'échec de si nombreux projets par le passé à répondre aux attentes?

2. Cultiver une compréhension et un langage communs au sujet des concepts clés

Un point de départ critique dans le développement d'un cadre de mesure du rendement est d'établir une compréhension partagée des concepts clés³⁶. Cette étape est particulièrement importante en raison de la complexité du contexte canadien et de la tâche en cause.

Le tableau 1 contient une liste non exhaustive des termes qui devraient faire l'objet d'une compréhension commune et d'un consensus comme composante du cadre. Cette liste provient de l'équipe de recherche et des commentaires des EM. Les termes sont répartis en trois catégories : 1) les termes qui portent sur des conditions préoccupantes, 2) les termes qui portent sur des systèmes ou des services en vue de les améliorer et 3) des termes qui portent sur la gestion du rendement. Il n'est pas nécessaire d'obtenir un consensus parfait sur chaque terme dans le développement d'un cadre.

Un cadre pancanadien n'exigerait pas que les partenaires aient des modèles de services ou des approches en commun, mais seulement une compréhension partagée des termes utilisés pour parvenir à un consensus au sujet de ses principales caractéristiques.

Tableau 1 : Termes liés à la mesure du rendement en SMD dont la compréhension commune pourrait favoriser le développement du cadre

Lié à un état ou à une maladie	Lié à un système de SMD ou à des modèles de service	Lié à la mesure du rendement
<ul style="list-style-type: none"> • Santé mentale • Maladie mentale • Troubles liés aux substances • Dépendance • Bien-être • Épanouissement • Dépérissement • Rétablissement • Résilience 	<ul style="list-style-type: none"> • Système de santé mentale • Système de service pour les dépendances ou lié aux substances • Systèmes intégrés • Continuums des soins • Services de base • Prise en charge complète • Pyramide du modèle de soins • Modèles de soins par paliers • Modèle en cascade • Modèle en carrefour • Modèle en réseau • Cadre évolutif pour les enfants et les jeunes • Modèle par tiers (promotion/prévention) • Modèle axé sur la population et la santé publique 	<ul style="list-style-type: none"> • Information • Mesure du rendement • Indicateur • Cadre de mesure du rendement • Système de mesure du rendement • Qualité

Des définitions, explicites ou implicites, ont été tirées des documents examinés et il en est brièvement question ci-après. Une discussion plus détaillée sur les définitions, y compris des schémas et des modèles de service, a été compilée sous forme de ressource distincte.

Définition des états de santé et maladies d'intérêt

Les définitions de la santé mentale et des maladies mentales de l'Organisation de la santé mondiale (OSM)^{37,38} sont souvent citées, mais ne font pas l'unanimité. L'ASPC a également fourni des définitions d'une bonne santé mentale et de la maladie mentale³⁹. Les Premières Nations du Canada ont présenté d'importants points de vue sur le bien-être mental lors du Cadre du continuum du bien-être mental des Premières Nations⁴⁰ et d'autres groupes autochtones ont également des perspectives uniques au sujet de la santé⁴¹⁻⁴⁴.

Le modèle des deux continuums de la santé et de la maladie mentale de Corey Keyes montre que la santé mentale et la maladie mentale sont des phénomènes séparés et indépendants qui suivent différentes trajectoires chez une personne au cours de sa vie. Il est généralement perçu comme un concept utile^{45, 46}. Dans le contexte canadien, il a été question d'inclure le rétablissement et le bien-être⁴⁷, lesquels ont été appliqués dans le Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement de la CSMC⁴⁸.

Les systèmes médicaux formels de classification de la maladie mentale (comme la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* [DSM-5]) et les définitions de l'OSM incluent les problèmes liés à une substance et les dépendances depuis plusieurs années⁴⁹. De nos jours, ces maladies sont souvent incluses dans les recommandations sur la pratique inclusive, les politiques actuelles sur la SMD dans les provinces et les territoires ainsi que d'autres approches de politiques en santé mentale.

Définition du système de SMD et des modèles de service

Selon l'OMS, « un système de santé mentale se définit comme l'ensemble des activités dont le but fondamental est d'encourager, rétablir ou maintenir la santé mentale⁵⁰ ». L'OMS a élaboré des approches pour définir les systèmes

en fonction d'éléments structurels (séparément des systèmes de services de santé mentale et des systèmes de traitement des problèmes d'usage de substance et de dépendances)^{51,52}.

Le rapport du Comité permanent du Sénat *De l'ombre à la lumière : la transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie* au Canada publié en 2006 ne définissait pas spécifiquement le système de santé mentale; il en faisait plutôt ressortir l'absence⁵³. Le rapport faisait la promotion d'une approche axée sur la santé de la population qui tenait compte des déterminants de la santé mentale, et d'un vaste modèle de continuum des soins qui incluait le logement, le travail et autres mesures de soutien connexes.

Depuis ce rapport, on a décrit et utilisé une gamme de modèles communs (énumérés dans la colonne du milieu du tableau 1). On constate une tendance marquée vers les modèles plus vastes sur la santé de la population⁵⁴. Par exemple, le Cadre évolutif pour la santé mentale des enfants et des jeunes, que la CSMC a présenté en 2010⁵⁵, met l'accent sur la promotion, la prévention et les déterminants sociaux de la santé en tant que parties importantes du système. Les approches progressives, qui sont axées sur la santé de la population⁵⁶, gagnent en popularité depuis peu. Ces nouveaux modèles empruntent à la fois une approche conceptuelle et structurelle, ce qui peut être utile dans un cadre de mesure du rendement en SMD.

Lors de la mise en commun des documents de politique provinciaux et territoriaux dans le cadre du présent projet, l'équipe de recherche a constaté une grande variété dans les termes et les concepts utilisés pour discuter des systèmes de santé mentale. Seule l'Île-du-Prince-Édouard a une définition précise du système de santé mentale dans le cadre de sa stratégie de SMD 2016-2026, intitulée *Moving Forward Together*. Ce document décrit un système de santé mentale qui englobe et rejoint toutes les personnes dans la prestation de programmes et de services de santé mentale. Il inclut plusieurs ministères gouvernementaux, organismes et organisations communautaires⁵⁷.

En ce qui a trait aux modèles de service, il y a peu d'uniformité dans les termes utilisés dans les provinces et les territoires. Quelques-uns font référence aux différents termes énumérés au tableau 1. Malgré la variation des termes spécifiques, on constate des tendances claires vers les modèles de service qui précisent des niveaux de service en fonction des besoins ainsi que des modèles plus vastes qui dépassent les limites des systèmes de services de santé formels.

Définition des termes liés à la mesure du rendement

Il existe une variation ahurissante des termes sur la mesure du rendement dans la littérature sur la recherche et la pratique. On recense des centaines de définitions⁵. Quelques exemples sont présentés ci-après pour susciter un dialogue. L'idée n'est pas de trouver des définitions parfaites, mais bien de favoriser une compréhension partagée des concepts centraux d'un cadre de mesure du rendement en SMD.

Puisque le cadre de mesure du rendement est le concept le plus central de ce travail, voici trois définitions tirées de sources de documentation :

- « ... une structure conceptuelle de base qui aurait normalement plusieurs domaines ou dimensions; un outil utile pour concevoir et catégoriser les indicateurs, pour assurer l'équilibre entre un ensemble d'indicateurs et pour planifier le processus de mesure⁵».
- « Le processus de conception d'un système de mesure du rendement commence par un modèle conceptuel. Cela permet d'établir, d'organiser et d'assurer une compréhension commune de tous les éléments qui font partie de la qualité des soins. L'idée est qu'en commençant par une théorie, nous veillons à ce que l'ensemble des indicateurs finaux traitent tous d'un aspect du rendement (un aspect des services qui se rapporte aux résultats escomptés), à ce que tous les domaines de rendement soient couverts et à ce que certains domaines de rendement ne soient pas considérés comme prioritaires, au détriment des autres. Dériver un modèle conceptuel et travailler à partir de celui-ci nous aide à clarifier les attentes des partenaires (y compris les prestataires de services qui doivent rendre compte de leur rendement ainsi que les personnes qui utilisent ces services), en plus de faciliter l'identification des appuis au système qui doivent être en place. Cela permet d'éviter de spécifier des indicateurs seulement parce qu'ils sont réalisables ou disponibles (même s'il s'agit de considérations importantes lors de la sélection d'indicateurs)³⁶. »

- « On présente souvent les indicateurs comme s'ils faisaient partie d'un cadre plus vaste. En plus de fournir des façons d'organiser, les cadres permettent de s'assurer que tous les aspects pertinents d'un problème donné sont couverts. Au niveau le plus vaste d'un cadre d'indicateur de la santé, les domaines représentent typiquement les principales dimensions ou catégories de la santé et les facteurs ou comportements associés à la santé qui influent sur celle-ci. Par exemple, la santé comprend des aspects physiques et émotionnels et peut être grandement influencée par les liens sociaux et la situation économique d'une personne. Chacun de ces aspects peut être représenté par un domaine et une fois regroupés, ils devraient fournir un portrait assez complet de la santé de la population⁵⁹. »

Les auteurs à ce sujet soutiennent également qu'un cadre de mesure du rendement devrait refléter la réalité, être cohérent et facile à utiliser, en plus d'établir un lien bien défini entre les mesures et les résultats escomptés (soit un modèle axé sur la logique)⁵.

Les **mesures du rendement** sont généralement choisies ou conçues pour faire état d'un changement en réponse à une politique, un service, un système ou une intervention dans un programme^{5, 35}. Puisqu'il n'est ni pratique ni faisable de mesurer les phénomènes les plus complexes associés au rendement, ces mesures sont généralement appelées des **indicateurs**. Il en est ainsi, surtout à l'échelle des systèmes, parce qu'ils ne peuvent généralement qu'indiquer les domaines à améliorer, mais ils ne sont pas assez complets ou définitifs pour mesurer le rendement^{5, 35}. Il faut généralement examiner les valeurs plus en détail pour comprendre les raisons sous-jacentes dans leur contexte. Par exemple, les valeurs d'indicateur des temps d'attente pour un service peuvent augmenter parce que plus de gens cherchent à obtenir des soins, en raison d'une pénurie de fournisseurs ou parce qu'il faut mettre plus de temps à prodiguer des soins à des clients existants. Un ensemble de facteurs est généralement à l'origine des valeurs de chaque indicateur.

L'information sur la SMD est un terme plus vaste qui peut inclure différents types de données pour mesurer d'autres choses que le rendement¹. Par exemple, plusieurs provinces et territoires surveillent et rendent souvent compte des taux de prévalence de maladies courantes, du nombre de lits dans les hôpitaux et du nombre de professionnels en santé mentale, mais ces types de données descriptives ne sont généralement pas considérées suffisantes pour mesurer le rendement à moins qu'elles ne se rapportent à un objectif stratégique explicite. L'information descriptive est souvent offerte dans le cadre d'un système de surveillance (comme pour surveiller les réactions indésirables dans un système de surveillance des médicaments sur le marché). Ces usages sont importants et peuvent faire partie d'un vaste cadre d'information et de mesure du rendement, mais il est utile de bien établir ces distinctions.

Tel que mentionné précédemment, un système de mesure du rendement comprend non seulement un cadre, mais aussi une infrastructure et des processus pour produire des rapports sur les indicateurs (y compris le développement et la validation) et, idéalement, des processus pour développer en collaboration des stratégies visant à améliorer les services et les interventions dans la bonne direction.

L'AVIS DES EXPERTS

- Les EM ont convenu qu'une compréhension et un langage communs sont d'importance critique; toutefois, plusieurs ont fait remarquer qu'il est important aussi de s'entendre sur des valeurs et des principes communs même *avant* d'adopter un langage commun.
- Les experts ont recommandé que les partenaires puissent mettre de l'avant des concepts additionnels; cela s'applique particulièrement à ceux et celles dont les opinions sur la santé et la maladie mentale n'ont pas été représentés suffisamment jusqu'ici.
- Certains ont indiqué que la distinction entre santé et maladie mentale est fondamentale des délibérations sur un cadre de mesure de la performance.
- Les EM appuient fortement l'inclusion des conditions reliées aux substances et à la dépendance dans la définition et dans le cadre proposé. Toutefois, certains considèrent que le modèle des deux continuums de Keyes s'applique de façon imparfaite aux conditions reliées aux substances et à la dépendance, quoique le concept de « rétablissement » est pertinent pour les deux concepts.
- Plusieurs EM ont insisté sur l'importance du concept d'équité dans les travaux : on devrait établir sa définition dès le départ, et suivre des approches plus sophistiquées pour la mesurer.
- En ce qui a trait aux systèmes, des experts ont souligné que les provinces et territoires offrent actuellement un ensemble de services (surtout reliés à la *maladie*) qui ne sont pas reliés à un réseau, quoiqu'on cherche de plus en plus à les intégrer et à favoriser la collaboration.
- En ce qui touche la gestion du rendement, des experts ont suggéré qu'on fasse des distinctions additionnelles entre des termes comme « mesures de rendement » et « mesures de qualité ».
- Les experts ont recommandé qu'on poursuive les discussions sur les nuances à établir entre mesurer les systèmes, mesurer le rendement du système, et mesurer la *transformation* du système
- La portée appropriée d'un cadre pancanadien est fonction d'un débat public élargi sur les enjeux de santé publique.

3. Définir la portée générale de la mesure du rendement

Définir la portée de la mesure du rendement en matière de santé mentale est une importante étape préalable de l'élaboration du cadre. En termes simples, ce processus consiste à sélectionner les éléments qui en feront partie et ceux qui en seront exclus. La portée renvoie à la gamme de services et d'interventions à couvrir (portée horizontale), aux niveaux de service à couvrir (portée verticale) et aux populations de bénéficiaires à couvrir.

Le cadre de mesure du rendement doit être raisonnablement harmonisé avec les paramètres du modèle d'équilibre de système de SMD, mais il pourrait être avantageux de concevoir la portée du cadre par étapes^{p. ex. 60}, ou même de prévoir des cadres de mesure du rendement distincts mais apparentés pour les différents services ou les populations de bénéficiaires spéciales. Il faut avant tout retenir que les décisions concernant la portée (ainsi que les coûts et les avantages de ces décisions) doivent être explicites. Ensuite, l'échéancier pour la mesure et pour les retombées prévues (portée temporelle) est également un facteur à prendre en considération.

« Il faut avant tout retenir que les décisions concernant la portée (ainsi que les coûts et les avantages de ces décisions) doivent être explicites. »

Portées verticale, horizontale et temporelle

Au chapitre de la portée verticale, cinq niveaux de services ont été définis : ceux des individus, des programmes, des services, des systèmes et des populations. Certains modèles ne contenaient que trois niveaux : ceux des individus, des services et des systèmes. Il existe de nombreuses approches distinctes mais apparentées pouvant être adoptées à

chacun de ces niveaux pour mesurer le rendement. Par exemple, certaines mesures du rendement en particulier pourraient servir à évaluer les services individuels, ou à surveiller divers taux d'événements indésirables liés à la sécurité dans une unité de soins spécialisés. Ces types de mesures sont importants pour l'amélioration de la qualité à l'échelle locale, mais ne constituent généralement pas de bons indicateurs au niveau des systèmes. Les mesures générées au niveau des services locaux sont parfois transmises à une échelle de reddition de comptes plus élevée, mais ce n'est pas pratique courante. Idéalement, les mesures prises aux niveaux supérieurs complètent celles prises à l'échelle locale.

Il est essentiel pour l'élaboration du cadre de cerner de façon claire et consensuelle les indicateurs qui présentent un intérêt pour les comparaisons entre administrations et ceux qu'il est préférable de réserver au travail effectué au sein des administrations. Les mesures prises au niveau du système ou des populations présentent l'inconvénient qu'il est parfois plus difficile d'appliquer les résultats issus de ces indicateurs aux changements apportés à d'autres niveaux.

Les schémas qui tiennent compte de ces éléments clés peuvent constituer des outils d'organisation très utiles. Le modèle matriciel⁶¹, expliqué dans le tableau qui suit, est un modèle de service simple couramment utilisé, qui s'adapte facilement à la mesure du rendement et qui illustre la notion des niveaux. Il présente également la typologie classique de structure, processus, résultat introduite par Avedis Donabedian, considéré comme le père de la qualité des soins de santé.

Tel qu'indiqué dans le tableau 1, dans la Figure 1, un cadre pancanadien de mesure du rendement porterait nécessairement sur le niveau des systèmes ou celui des populations, ou les deux.

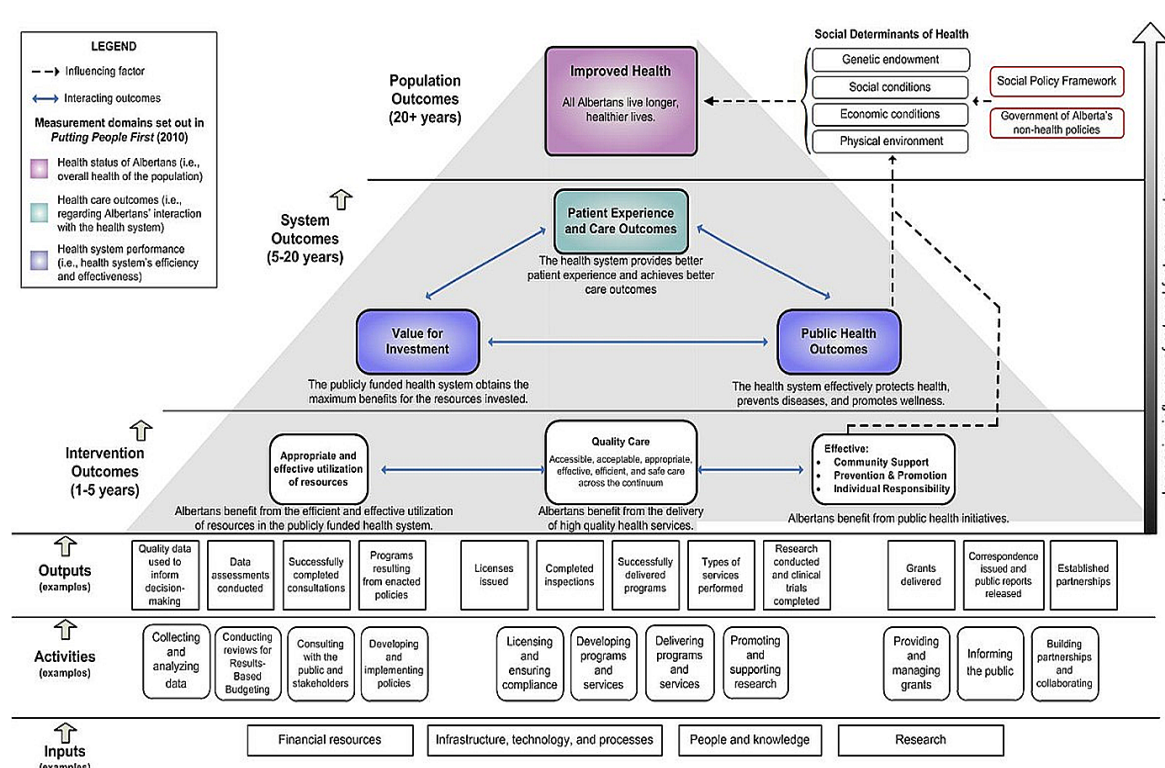
Tableau 1 : Le modèle matriciel illustrant les niveaux de mesure du rendement

Niveau	Structure	Processus	Résultats
Systèmes/populations	Nombre de types particuliers de services basés sur des données probantes par unité de population	Réduction de l'écart entre les besoins dans la population totale et la proportion des gens qui reçoivent des services	Pourcentage de personnes dans la population générale qui rapportent de bons résultats après un traitement
Programmes/services	Pourcentage d'éléments idéaux inclus dans un programme donné	Pourcentage de clients vus dans une période donnée (accès au niveau du programme)	Variation du score moyen de qualité de vie pour l'ensemble des clients desservis durant une période de traitement donnée
Individus	Nombre de clients desservis (habituellement ventilé selon des variables démographiques)	Délai entre la présentation et la première évaluation pour chaque client (accès au niveau des individus)	Scores de qualité de vie pour un client donné tout au long du traitement

Un schéma complet illustrant le système dans son entier avec toutes ses ramifications pourrait enrichir les discussions concernant la portée. En ce sens, il pourrait être révélateur d'analyser des modèles de services de santé généraux plus complexes. Le Tableau 2 est un exemple d'un tel schéma appliqué en Alberta (les Territoires du Nord-Ouest ont aussi adopté ce modèle)⁶².

La portée horizontale renvoie à la gamme de programmes et de services à chaque niveau. Dans le Tableau 2, le niveau des populations est caractérisé par une grande portée horizontale, comme l'indique l'inclusion des déterminants sociaux de la santé. Le niveau du système n'a pas une portée aussi large parce qu'il n'intègre pas le rôle d'autres ministères (comme ce serait le cas dans une approche pangouvernementale). Ce modèle possède aussi une portée temporelle, à savoir des échéanciers pour les résultats prévus.

Figure 2 : Le Cadre pour la mesure du rendement et les résultats dans le système de santé de l'Alberta



Réflexions sur la portée du cadre

L'équipe de recherche a examiné les documents stratégiques provinciaux et territoriaux à la recherche de contenu lié à la portée du cadre de mesure du rendement. Les termes variaient, mais la plupart des descriptions indiquaient que la portée se situait à l'extrémité plus large du continuum suivant :

- ministères de la Santé seulement
- ministères de la Santé et agences sous-traitantes
- ministères de la Santé et certains autres ministères (approches interministérielles)
- gouvernement entier (politiques sur la santé mentale dans tous les domaines; politique publique favorable à la santé)

- modèles de santé des populations (qui incluent les déterminants sociaux de la santé et traitent la question de la santé en fonction de tout l'éventail de services et de la population entière, en fonction des besoins de celle-ci)

Les modèles plus vastes incluant les déterminants sociaux de la santé ainsi que le continuum complet d'interventions, de la promotion aux soins de fin de vie en passant par la prévention et les soins spécialisés, étaient nettement prédominants. Par exemple, la stratégie yukonnaise du mieux-être mental 2016-2026, *Avancer ensemble*, publiée en 2016, décrit le continuum complet des services offerts par le territoire, comme incluant la promotion, la prévention, le développement des communautés et l'éducation, l'intervention précoce, l'évaluation et la planification des soins, les traitements tenant compte des traumatismes subis, les traitements intensifs de longue durée et les soins en établissement, le suivi et le rétablissement, et les soins palliatifs et de fin de vie⁶³. Les modèles de soins collaboratifs de SMD (p. ex. les soins partagés, les services intégrés destinés aux jeunes, la déjudiciarisation, les programmes de logement) et l'élaboration de services de santé mentale complets offerts en milieu scolaire ne sont que quelques-unes des tendances en matière de services qui ont été répertoriées dans les documents politiques et qui présentent des défis quant à la prestation de services et à la mesure du rendement.

En ce qui concerne la portée des services et les populations spéciales, les experts en la matière ont fait des constatations plus substantielles et formulé davantage de commentaires sur les sujets suivants :

- les services liés à la consommation problématique de substances et à la lutte contre les dépendances
- les enfants et les jeunes
- les populations autochtones

Ces sujets feront l'objet d'un examen plus approfondi ici, bien que les considérations présentées s'appliquent aussi à d'autres sujets couverts dans le présent rapport.

Les services de lutte contre la toxicomanie et les dépendances

En octobre 2008, le CCDUS a dévoilé un rapport majeur intitulé *Approche systémique de la toxicomanie au Canada*, qui recommandait l'adoption d'un continuum intégré et holistique de services et de mesures de soutien basé sur un modèle à plusieurs paliers⁶⁴. Ce rapport comportait un vigoureux plaidoyer pour la mesure du rendement. Le rapport de 2016 *Facing Addiction in America* du Directeur de la santé publique des États-Unis mettait également en lumière l'importance de ce volet de la santé ainsi que la nécessité de mettre en œuvre des réponses globales, plus modernes et fondées sur des données probantes⁶⁵.

Les services de lutte contre la toxicomanie et les dépendances font aujourd'hui partie intégrante des politiques provinciales et territoriales sur les services de santé mentale; en effet, 12 des 13 documents stratégiques examinés par l'équipe de recherche énonçaient cette position explicitement ou la manifestaient clairement dans leur présentation des orientations en matière de services. Neuf documents politiques mentionnaient l'abus de substances ou les dépendances dans leur titre. Les provinces et les territoires réagissent actuellement à la crise des opioïdes qui secoue le Canada et se préparent à la légalisation du cannabis, ce qui donne une visibilité remarquable à cet aspect des politiques et des services.

Les problèmes liés à la consommation de substances et aux dépendances doivent sans contredit être intégrés au cadre pancanadien de mesure du rendement dans les soins de SMD, dont l'élaboration nécessitera une étroite collaboration avec le CCDUS et d'autres partenaires clés.

Les enfants et les adolescents

Le rapport du Sénat décrivait les services de santé mentale pour les enfants et les adolescents comme le « parent pauvre » du système⁵³. Une démarche est en cours au Canada pour surveiller la santé des enfants et des adolescents de façon élargie ainsi que les soins de SMD en particulier (p. ex. des travaux préliminaires entrepris en Colombie-Britannique, des travaux plus récents au Yukon), et a été élevée au rang de priorité dans certaines régions (p. ex. en Ontario).

L'apparition de la plupart des troubles liés à la SMD durant la jeunesse, la relation claire entre les événements indésirables subis à l'enfance et les déterminants sociaux plus généraux et les coûts finaux et le fardeau à porter à l'âge adulte faute d'une intervention précoce sont tous largement documentés. Bon nombre des risques subis durant l'enfance sont évitables et autant les experts que le public appellent à renforcer la promotion, la prévention et les interventions précoces afin de générer des avantages immédiats et à long terme.

Les systèmes de services pour les enfants et les adolescents sont depuis longtemps très différents des systèmes s'adressant aux adultes, et s'en distinguent de plus en plus avec l'émergence des approches fondées sur des données probantes axées sur le rôle parental, l'enfance, les interventions en milieu scolaire et celles conçues spécialement pour les jeunes. Les systèmes de mesure du rendement pour les problèmes de SMD chez les enfants et les adolescents devront être vastes et tenir compte de types et de sources de données très diversifiés. D'autres modèles de mesure du rendement peuvent aussi enrichir la discussion sur la mesure du rendement dans les services pour enfants et adolescents (p. ex. le modèle du système scolaire de santé mentale)⁶⁶.

L'élaboration du cadre de mesure du rendement devra se faire dans l'optique du développement et du cours de la vie.

Les Autochtones

Les lacunes en matière de santé et de santé mentale chez les Autochtones sont bien connues au Canada et ailleurs dans le monde. Les organisations autochtones du Canada réclament depuis longtemps des données plus solides pour documenter la progression vers l'élimination de ces lacunes. Le document de 2015 *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir : Sommaire du rapport final de la Commission de vérité et de réconciliation du Canada* (CVR) contient sept recommandations liées à la santé, dont la suivante :

Nous demandons au gouvernement fédéral, en consultation avec les peuples autochtones, d'établir des objectifs quantifiables pour cerner et combler les écarts dans les résultats en matière de santé entre les collectivités autochtones et les collectivités non autochtones, en plus de publier des rapports d'étape annuels et d'évaluer les tendances à long terme à cet égard. Les efforts ainsi requis doivent s'orienter autour de divers indicateurs, dont la mortalité infantile, la santé maternelle, le suicide, la santé mentale, la toxicomanie, l'espérance de vie, les taux de natalité, les problèmes de santé infantile, les maladies chroniques, la fréquence des cas de maladie et de blessure ainsi que la disponibilité de services de santé appropriés.

Un certain travail initial a été effectué quant aux données et aux indicateurs associés aux Autochtones, notamment par des groupes autochtones (Premières Nations, Inuits et Métis), par Statistique Canada^{68,69} et par des chercheurs⁴⁴. Toutefois, les lacunes persistantes dans les données sur les peuples autochtones du Canada sont elles aussi bien connues⁷⁰. Pour accroître l'équité dans la mesure du rendement, des identificateurs spécifiques aux Autochtones devront être inclus dans des indicateurs plus généraux, et des indicateurs couvrant divers enjeux jugés importants par les partenaires autochtones seront requis⁷⁰. Il sera également important d'employer des méthodes de collecte de données novatrices dans les communautés afin d'assurer que les données recueillies sont de bonne qualité et appropriées^{p. ex. 101}. Smylie et coll. ont résumé des problèmes extrêmement préoccupants en ce qui concerne les données, notamment le manque d'identificateurs autochtones uniformes, inclusifs et pertinents sur le plan culturel dans les ensembles de données ainsi que la nécessité de mobiliser les Autochtones autour de partenariats constructifs afin de régir et de gérer les données qui sont recueillies sur eux⁷⁰.

L'examen des documents stratégiques provinciaux et territoriaux sur la SMD effectué par l'équipe de recherche a révélé que la santé mentale des Autochtones faisait partie des cinq priorités les plus fréquentes (voir Tableau 2 à la page 29) Ce constat fait écho aux priorités en matière de santé énoncées par les organisations autochtones. C'est le cas dans le rapport final de la CVR, et aussi dans la liste des priorités émise par le Centre national de collaboration de la santé autochtone (CNCSA). Le CNCSA repose sur des assises qui s'attaquent à des enjeux prioritaires axés sur les valeurs autochtones, notamment les déterminants sociaux de la santé; la santé de l'enfant, de l'adolescent et de la famille; la diversité (santé bispirituelle); l'état de stress post-traumatique; l'anxiété et la dépression; le suicide; et la guérison sur le territoire⁷¹.

Au début de 2017, l'Assemblée des Premières Nations (APN) a publié son *Plan de transformation de la santé des Premières Nations* pour énoncer les priorités des Premières Nations dans le contexte des négociations de l'*Accord sur la santé*⁷². Dans un communiqué de presse, le Chef de l'APN Perry Bellegarde a déclaré : « Nous avons des problèmes urgents à régler, notamment en ce qui a trait à la santé mentale, à l'accès aux programmes et aux services, et à la tragédie qu'est le suicide chez les jeunes »⁷³. Le Plan contient des recommandations clés concernant le bien-être mental, la lutte contre les dépendances et les initiatives relatives aux données sur les Premières Nations, et propose certains indicateurs communs pour les résultats en santé des Premières Nations.

Il revient aux intervenants et aux organisations autochtones de déterminer si les indicateurs de SMD chez les Premières Nations serviraient davantage cette population à l'intérieur d'un cadre pancanadien ou d'un cadre de santé spécifique aux peuples autochtones. Certains pays, dont l'Australie, ont créé des cadres de mesure du rendement distincts pour améliorer la santé des Autochtones⁷⁵. Ce travail est toujours en cours, mais le Canada pourrait néanmoins en tirer des sources d'indicateurs et d'autres enseignements généraux. Toutefois, l'inclusion d'indicateurs de priorités autochtones dans un cadre pancanadien pourrait assurer que les enjeux d'importance pour les Autochtones occuperont une place prépondérante lorsqu'il sera question de déclarer les résultats et d'y réagir. La valeur d'une éventuelle relation conceptuelle doit être mûrement réfléchie.

Les principes plus généraux de la réconciliation fournissent des orientations importantes pour toute démarche qui sera entreprise dans ce domaine à l'avenir. Ils soulignent la nécessité d'écouter attentivement, de remettre en question de vieilles croyances et d'acquiescer une nouvelle compréhension » en affichant une attitude empreinte d'humilité et de respect⁷⁶. Les sujets traités dans cette section se rapportent en bonne partie aussi aux problématiques

PRINCIPES DE COLLECTE DE DONNÉES SUR LES PREMIÈRES NATIONS

Les principes de PCAP® (propriété, contrôle, accès et possession des données) sont un important ensemble de normes établies et promues par le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN). Ces normes décrivent comment les données associées aux Premières Nations devraient être recueillies et utilisées⁷⁴.

plus générales liées à l'équité et aux groupes en quête d'équité dans le contexte d'un cadre pancanadien de mesure du rendement dans les soins de SMD.

L'AVIS DES EXPERTS

- Les experts en la matière ont souligné l'importance d'inclure les problèmes liés aux substances et aux dépendances dans un cadre pancanadien de mesure du rendement en tenant compte de tendances nettes en matière de services et de politiques.
- Les experts ont jugé nécessaire d'accorder une attention spéciale à certaines populations, notamment les enfants et les adolescents ainsi que les peuples autochtones.
- Dans le cas des peuples autochtones, l'amélioration des services et l'élimination des écarts en matière de santé sont des priorités incontournables. Il est essentiel que l'information provenant de tout futur système de mesure du rendement dans les soins de SMD soit facilement accessible aux communautés afin de faciliter leurs efforts de planification.
- Le respect des valeurs, des principes et des normes en matière de données des partenaires autochtones devra faire partie intégrante de tout processus d'élaboration d'un cadre de mesure du rendement.
- Plusieurs experts ont plaidé pour un cadre de mesure du rendement distinct pour les enfants et les adolescents, en invoquant les différences considérables entre les systèmes de services, les différences entre les sources de données et le caractère plus central des approches préventives chez les enfants et les adolescents.
- Certains experts ont dit craindre que les indicateurs relatifs aux enfants et aux adolescents deviennent inutiles s'ils sont mêlés à ceux qui portent sur les adultes, et que des efforts de mesure du rendement ne mettant pas en lumière cette population perpétuent son statut actuel de « parent pauvre » du système.
- Comme de nombreux gouvernements ont accordé la priorité aux services de SMD pour les enfants et les jeunes de moins de 25 ans, certains experts ont indiqué que l'élaboration d'un cadre de mesure du rendement dans les SMD pourrait tout d'abord couvrir sur cette population.

4. Définir les dimensions et les domaines clés du cadre

Une fois prises les décisions concernant la portée, il est important de définir les paramètres conceptuels du cadre, qui seront exprimés en termes de dimensions et de domaines. Les termes « dimension » et « domaine » sont souvent utilisés de façon interchangeable dans la recherche sur la mesure du rendement et dans la pratique⁵. Pour le projet actuel, cependant, les « dimensions » correspondent à des catégories générales, tandis que les « domaines » sont les groupes à l'intérieur de ces dimensions.

S'il est courant de sélectionner les indicateurs au moyen de processus systématiques, ce n'est pas le cas pour les dimensions et les domaines, même si ultimement, la valeur d'un cadre de mesure du rendement est tributaire du consensus autour des dimensions et des domaines et de l'articulation des relations entre ceux-ci.

Il existe de nombreuses sources de dimensions et de domaines parmi les cadres de mesure du rendement existants. Souvent, il s'agit simplement de regroupements logiques d'indicateurs, particulièrement lorsque des listes d'indicateurs constituent le point de départ de la mesure du rendement ou de la production de rapports sur la SMD de façon plus générale (sans nécessairement être liées à des objectifs stratégiques ou politiques). Dans d'autres cas, les indicateurs se rapportent à des domaines proposés par des cadres de mesure du rendement plus larges. Par exemple, le rapport *Performance of the Addiction and Mental Health System* des Services de santé de l'Alberta fait appel aux domaines de qualité du Health Quality Council of Alberta⁷⁹. Les dimensions et les domaines peuvent également être liés à des priorités stratégiques.

« La littérature sur la mesure du rendement est formelle : les cadres de mesure du rendement et les indicateurs choisis doivent se rapporter aux cibles fixées dans la stratégie. »⁵

La littérature sur la mesure du rendement est formelle : les cadres de mesure du rendement et les indicateurs choisis doivent se rapporter aux cibles fixées dans la stratégie⁵. Pour cette raison, l'équipe de recherche a traité les priorités stratégiques provinciales et territoriales (particulièrement les priorités communes) comme des renseignements essentiels à l'élaboration du cadre. Ces politiques étaient presque toutes issues de processus de consultation publique et reflétaient par conséquent les priorités des citoyens de chacune des régions, incluant les personnes ayant vécu des problèmes de santé mentale et les membres de leur famille. Il faut toutefois signaler que les priorités stratégiques *ne sont pas un cadre en elles-mêmes*, bien qu'elles puissent constituer une « matière première » utile pour alimenter les discussions sur les dimensions, les domaines et les indicateurs. Ces priorités pourraient aussi aider à vérifier si un cadre existant est lié aux politiques d'une manière équilibrée.

Tableau 3 : Priorités stratégiques provinciales et territoriales en matière de SMD à grande échelle

Priorité politique (n=24 sujets prioritaires)	Nombre de documents où le sujet est défini comme une priorité à grande échelle
Accès (inclut l'accès temporel [temps d'attente jusqu'à l'accès, services après les heures régulières], la disponibilité du service requis et l'accès géographique [distance])	11
Promotion, prévention et intervention précoce (tout au long de la vie)	10
Enfants et adolescents (incluant les familles)	8
Soins prodigués en fonction des besoins et axés sur la personne	8
Autochtones (incluant la sécurité culturelle, les services appropriés sur le plan culturel)	7
Intégration des soins et élimination des écarts en matière de soins (entre des services recevant un financement direct, p. ex. entre les soins primaires prodigués à l'hôpital et ceux offerts dans les cliniques communautaires)	6
Collaboration intersectorielle (entre services recevant un financement distinct, p. ex. entre organisations non gouvernementales ou entre deux secteurs)	5
Diversité (inclusion de tous et de tous les types de diversité et d'équité dans tous les aspects des services)	5
Efficacité des soins, qualité des soins et résultats améliorés	5
Rétablissement et bien-être	4
Connaissances, information, données, mesures	4
Leadership aux échelons supérieurs, réglementation, législation	4
Personnes aux prises avec un problème de consommation de substances ou de dépendance*	3
Lutte contre la stigmatisation, sensibilisation du public, médias	2
Soins primaires	2
Logement	2
Main-d'œuvre (innovation, collaboration, formations)	2
Innovation grâce à la recherche	2
Personnes ayant un handicap (p. ex. déficience développementale, trouble cognitif, trouble du spectre de l'alcoolisation fœtal, autisme, lésion cérébrale)	1
Personnes âgées	1
Prévention du suicide	1
Mobilisation et participation de la famille	1
Réforme du financement	1

*Dans presque tous les documents provinciaux et territoriaux étudiés, les problèmes d'abus de substances et de dépendance faisaient partie des politiques générales. Ainsi, ces problèmes étaient traités comme globaux en plus de constituer des priorités liées à des populations particulières lorsque spécifié.

Priorités stratégiques en matière de SMD partagées à grande échelle

L'équipe de recherche a cerné cinq priorités stratégiques communes à la plupart des provinces et des territoires et quatre autres partagées par au moins cinq d'entre eux. Il faut noter que les priorités stratégiques les plus courantes correspondent dans une certaine mesure à la principale orientation stratégique énoncée dans *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*. Ces priorités sont les suivantes : promotion et prévention; rétablissement et droits; accès aux services; disparités et diversité; Premières Nations, Inuits et Métis; et leadership et collaboration².

L'équipe a aussi examiné 10 cadres provinciaux et territoriaux de mesure du rendement et d'information en matière de soins de SMD afin d'en extraire des détails sur la portée, les domaines et les dimensions ainsi que les processus de développement (voir Annexe C pour en savoir plus) :

- **Ontario** : trois cadres (deux pour adultes, dont un concernant le développement, et un pour enfants et adolescents avec présentation des données par l'organisme Qualité des services de santé Ontario et par l'Institut de recherche en services de santé [IRSS]; l'équipe a aussi étudié un autre cadre en cours d'élaboration par le Conseil consultatif pour le leadership en santé mentale et en lutte contre les dépendances du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario)⁸⁰⁻⁸²
- **Alberta** : deux cadres (le premier rendant compte des services de santé mentale offerts au cours des sept dernières années; l'autre portant sur le développement, dans le cadre de la nouvelle politique provinciale, *Valuing Mental Health*)^{78,83,85}
- **Québec** : deux rapports présentant des statistiques sur la SMD (le premier sur les attributs du système de santé mentale, l'autre décrivant les données sur les Québécois tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes [ESCC])^{85,86}
- **Colombie-Britannique** : un cadre théorique sur la santé mentale des enfants et des adolescents et une approche basée sur les populations⁸⁷
- **Nouveau-Brunswick** : un cadre sur la SMD élaboré par le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick selon un modèle de santé de la population⁸⁸
- **Terre-Neuve-et-Labrador** : un ensemble d'indicateurs de système relatif aux hôpitaux et à l'information de gestion, élaboré par le Centre d'information sur la santé de Terre-Neuve-et-Labrador⁸⁹

De complexité variable, certains cadres se résumaient au classement d'indicateurs dans des catégories descriptives, tandis que d'autres étaient dotés de dimensions et de domaines plus approfondis. Certains étaient profondément ancrés dans la recherche et la théorie, alors que d'autres suivaient une approche plus pragmatique. Dans l'ensemble, peu d'éléments étaient partagés : des notions couramment décrites dans la littérature sur la mesure du rendement dans les SMD, comme les « résultats » et l'« utilisation des services », n'étaient mentionnées que dans trois et quatre cadres, respectivement. La notion d'« équité » (au sens large) était présente dans la moitié des cadres, ce qui donne à penser qu'elle revêt une importance considérable. En outre, la moitié des cadres mentionnaient explicitement les problèmes d'abus de substances et de dépendance.

Tous les cadres comportaient des éléments uniques pouvant illustrer le travail effectué à l'échelle du pays :

- Le travail effectué en Ontario est exemplaire grâce à son utilisation innovatrice des sources de données administratives, son approche par étapes et sa définition des secteurs clés pour l'élaboration d'indicateurs (indicateurs idéaux).
- Les cadres albertains démontrent de quelle façon les indicateurs générés à partir des activités peuvent être conceptualisés à l'intérieur d'un cadre plus vaste. Les récents travaux réalisés pour mobiliser les groupes autochtones et tenir compte de leurs valeurs dans le processus de sélection des indicateurs peuvent offrir des repères importants à ce chapitre.

- Le cadre sur la santé mentale des enfants et des adolescents de la Colombie-Britannique est exemplaire dans sa manière de relier théorie et recherche, d'appliquer des processus de consultation systématique et d'illustrer comment un cadre peut servir à déceler d'importantes lacunes.
- Les travaux du Québec illustrent comment les ensembles de données existants peuvent être utilisés avec créativité pour établir des comparaisons internationales et interprovinciales.
- Le Nouveau-Brunswick démontre comment le dialogue avec les communautés peut enrichir les notions liées à la mesure du rendement.
- Les travaux de Terre-Neuve-et-Labrador sont un exemple en matière de mobilisation des gestionnaires du système de santé et d'utilisation de données intraprovinciales ventilées.

Points communs dans l'information descriptive

En parallèle, l'équipe de recherche a également compilé les renseignements descriptifs. Elle s'est notamment penchée sur les domaines et les dimensions présents dans des cadres nationaux (le *Cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive*⁹⁰ de l'ASPC; *Tracer la voie de l'avenir*³ de la CSMC) ainsi que dans des cadres plus génériques de l'ICIS⁹¹ et de la FCASS⁹² et dans 11 cadres mis au point par neuf pays et deux organismes internationaux (l'Initiative internationale sur le leadership en matière de santé mentale [IIMHL] et l'Organisation de coopération et de développement économiques [OCDE]). Certains de ces cadres étaient génériques, d'autres ciblaient la santé mentale ou les dépendances. L'un d'eux, une initiative américaine de production de rapports, était géré exclusivement par un organisme représentant les personnes ayant vécu la maladie mentale⁹³.

Encore une fois, l'équipe de recherche a constaté très peu de similitudes dans les domaines, dimensions ou autres notions connexes abordés d'un cadre à l'autre. La diversité des domaines et des dimensions utilisés dans ces initiatives plus générales, de même que dans les initiatives portant sur la SMD à l'extérieur du Canada, est remarquable. Comme pour les cadres provinciaux et territoriaux, les approches qui puisent dans des données existantes (de sources administratives ou d'enquêtes) regroupent naturellement les indicateurs en fonction du contenu des données disponibles.

Dans les cas où des cadres plus larges ont été élaborés avant la production de données, quelques-unes des dimensions sont utilisées plus fréquemment. Il s'agit dans ces cas d'attributs des services (généralement regroupés sous le grand thème de la qualité), mais certaines dimensions reflètent aussi les types de services (de la prévention aux soins palliatifs) et les besoins en matière de soins de santé du bénéficiaire (de la bonne santé jusqu'à la fin de la vie). L'équité est également un thème général important qu'on retrouve dans plusieurs cadres.

Si cette variabilité peut de prime abord paraître comme un obstacle à la création d'un cadre pancanadien de mesure du rendement dans les soins de SMD, on peut aussi la considérer comme un avantage, puisqu'elle procure un large éventail d'options aux parties prenantes.

L'AVIS DES EXPERTS

- Certains experts étaient d'avis que le recours à des cadres élaborés par le passé pourrait donner lieu à un cadre pancanadien rétrograde. Il sera important de regarder en avant afin d'élaborer des cadres tournés vers l'avenir et dotés d'indicateurs progressistes.
- On pourrait approfondir la comparaison des cadres existants en recensant diverses qualités souhaitables dans chacun d'eux.
- Il pourrait être nécessaire de prendre encore plus de recul et d'élargir le champ de recherche afin d'intégrer des cadres spécifiques aux Autochtones; d'inviter des Autochtones ou d'autres groupes en quête d'équité à présenter leurs propres cadres; et de leur laisser prendre la direction de certains aspects du travail qui touchent ces communautés.
- Les priorités stratégiques communes contribuent à concentrer la réflexion sur les domaines où le rendement doit être mesuré, mais ne devraient pas déterminer ceux-ci à elles seules. D'autres enjeux devraient être pris en considération, comme les besoins et les valeurs des partenaires; par exemple, les besoins de soins de santé mentale croissants chez les personnes âgées en raison des changements démographiques, malgré la priorité relativement faible de ce groupe dans les objectifs politiques généraux.
- Les experts ont aussi mentionné qu'il sera important de prendre des mesures de la « capacité de réaction », qui est la capacité des systèmes de santé à prévoir l'évolution des besoins en matière de soins et à s'y adapter⁹⁴.
- Enfin, ils ont ciblé un autre important domaine : le caractère « axé sur le patient » des services⁹⁵.

5. Sélectionner les indicateurs

La littérature fait état de quatre approches générales pour la sélection d'indicateurs⁹⁶ :

- sélection simple par une équipe de projet
- sélection par un panel d'experts
- approches de classification systématique (p. ex. méthodes Delphi) par des experts ou d'autres parties prenantes
- autres approches comme la cartographie des soins ou la schématisation conceptuelle^{p. ex. 97}

La plupart des processus comportent certains critères orientant la sélection des indicateurs; ces critères varient considérablement⁵. La faisabilité (c.-à-d. la disponibilité des données) a longtemps eu préséance sur les autres critères, mais on réclame de plus en plus que les critères utilisés aient un lien significatif avec la stratégie en place, qu'ils correspondent aux besoins et aux valeurs et qu'ils soient applicables, ce qui, dans bien des cas, nécessite que de nouveaux indicateurs (aussi appelés indicateurs idéaux) soient créés. Les experts recommandent aussi de s'attarder aux effets imprévus²⁷⁻²⁹. La mobilisation des partenaires ou d'experts en fonction des principaux domaines d'intérêt pourrait aussi contribuer à orienter le travail. Enfin, la participation des personnes ayant vécu la maladie mentale et des membres de leur famille est essentielle.

Caractéristiques importantes des indicateurs

Les indicateurs sont souvent classés selon d'autres attributs. Une des méthodes répandues, établies par Avedis Donabedian, consiste à classer les indicateurs selon qu'ils se rapportent à une structure, à un processus ou à des résultats⁹⁸ (voir la Figure 1 à la page 27) On recommande actuellement de préconiser un équilibre parmi ces types d'indicateurs, plutôt que de retenir un seul type⁹⁹.

Il est également utile de déterminer si un indicateur est « retardé » (relatif aux événements passés) ou « avancé » (relatif à des événements éventuels)¹⁰⁰. Une troisième caractéristique utile est l'interprétabilité, ou le lien sans équivoque entre l'indicateur et le but poursuivi⁵. Pour la mise au point de son cadre de mesure du rendement dans les soins de santé mentale, le Nouveau-Brunswick a regroupé des indicateurs en fonction des emplacements stratégiques dans son système (comparables aux niveaux)⁸⁸. Ces attributs, entre autres, peuvent servir à évaluer l'utilité et l'équilibre d'un ensemble d'indicateurs présélectionnés.

La mesure du rendement dans les soins de santé évolue de façon marquée vers une perspective axée sur le patient et le client, qui se traduit notamment par l'utilisation d'indicateurs se rapportant à des mesures de l'expérience déclarée par le patient et à des mesures des résultats déclarés par le patient³⁰. Les mesures basées sur l'expérience des patients ciblent les processus de soins (p. ex. le temps d'attente pour recevoir un traitement, le suivi), et les mesures des résultats déclarés par les patients portent plutôt sur l'état de la personne à la suite des soins reçus (p. ex. la réduction des symptômes, le fonctionnement quotidien, la qualité de vie).

Sélection des indicateurs partout au Canada

L'équipe de recherche a comparé les processus de sélection des indicateurs, les critères de sélection et la relation apparente entre la mesure du rendement et les politiques dans les 10 cadres provinciaux et territoriaux étudiés (voir Annexe D).

Une fois de plus, l'équipe a constaté une grande variabilité. Les processus de sélection allaient de processus opérationnels de routine, graduels et informels, à des processus menés par des panels d'experts ou des équipes de recherche, en passant par des processus informels avec réunions de consultation de partenaires locaux et des processus multilatéraux d'évaluation Delphi à plusieurs étapes, fondés sur la recherche. Au chapitre des critères de sélection, certains cadres n'en comportaient aucun, tandis que d'autres avaient employé des critères bien étayés basés sur des modèles théoriques. Fait à noter, des principes

« La faisabilité (c.-à-d. la disponibilité des données) a longtemps eu préséance sur les autres critères, mais on réclame de plus en plus que les critères utilisés aient un lien significatif avec la stratégie en place, qu'ils correspondent aux besoins et aux valeurs et qu'ils soient applicables. »⁵

d'orientation ont été appliqués dans seulement quelques-uns des processus. Un des grands constats issus de l'un des processus est la rétroaction reçue des partenaires, qui jugeaient important de faire une plus grande place aux principes et à l'inclusion. La relation avec les politiques s'étendait d'un extrême à l'autre : certains cadres n'avaient aucun lien explicite avec celles-ci, d'autres suivaient des orientations politiques générales, et d'autres présentaient une concordance intentionnelle et spécifique avec les politiques en place.

Encore ici, la diversité des approches ne doit pas susciter du pessimisme au sujet de la possibilité de créer un cadre pancanadien de mesure du rendement dans les soins de SMD. Cette diversité témoigne plutôt de la richesse des expériences et des approches pouvant orienter les démarches futures.

Pour le présent projet, l'équipe de recherche a choisi de suivre une approche plus globale et de repousser la compilation de la liste d'indicateurs jusqu'à ce qu'elle ait reçu la rétroaction initiale des experts en la matière. Séparément de ce document, l'équipe a compilé une liste omnibus de 250 indicateurs idéaux ou en utilisation tirés des documents provinciaux et territoriaux ainsi que d'indicateurs pancanadiens et d'indicateurs proposés par les experts en la matière. Ils ont initialement été classifiés par priorité politique et selon d'autres caractéristiques clés en vue de servir de ressource additionnelle pour l'élaboration du cadre.

L'AVIS DES EXPERTS

- Plusieurs experts ont avoué se sentir inquiets du peu de vision des indicateurs traditionnels et craignent que les résultats soient eux aussi peu novateurs. Un plus grand nombre d'indicateurs idéaux pourrait orienter le système dans la bonne direction plus rapidement.
- Il est difficile de faire passer les fournisseurs d'une approche axée sur les processus à une approche axée sur les résultats.
- Beaucoup considèrent que les indicateurs basés sur les témoignages des personnes ayant vécu la maladie mentale, y compris les résultats déclarés par les patients, sont plus importants et qu'il est impératif d'aller au-delà des données administratives.
- Il est également essentiel d'adopter des indicateurs fondés sur des données probantes ainsi que des modèles logiques établissant un lien entre les indicateurs et les retombées escomptées pour le système.
- Les indicateurs relatifs aux enfants et aux adolescents doivent transcender les secteurs afin de toucher à la fois l'éducation, la santé publique, les services de santé, etc.
- Davantage d'indicateurs favorisant le recours à des pratiques basées sur des données probantes sont requis. Il pourrait s'agir d'indicateurs structurels (p. ex. le nombre d'équipes ou de programmes d'un certain type par unité de population).
- Les experts en la matière se sont dit préoccupés du fait que les indicateurs existants ne permettent pas de recueillir de l'information au sujet des Autochtones et d'autres groupes en quête d'équité (et du manque d'identificateurs ethniques); ils ont aussi souligné l'importance que ces groupes sélectionnent eux-mêmes des indicateurs propres à leur culture et qu'ils participent à la conception et à la direction des processus qui les concernent.
- Pour être pertinents, les indicateurs doivent refléter la réalité de la planification et de la prise de décisions locales.
- Les effets imprévus potentiels des indicateurs (p. ex. l'incarcération de plus de personnes pourrait réduire les taux de réadmission) doivent être reconnus, de même que les effets intersectoriels possibles.
- Il faut s'attarder davantage à l'équité et définir des moyens plus raffinés de mesurer celle-ci.
- Il ne suffit pas de simplement sélectionner les indicateurs : des processus systématiques doivent être employés pour définir les *critères* consensuels à suivre pour la sélection des indicateurs.
- Un expert a indiqué que le recours à des panels d'experts permettait difficilement d'avoir une perspective suffisamment large.
- Les méthodes Delphi sont le moyen le plus courant de sélectionner des indicateurs, mais il est recommandé de prévoir des phases de validation et d'adopter une perspective d'équité.
- Des approches novatrices doivent être adoptées, par exemple l'ethnographie avec validation par les membres, la schématisation conceptuelle et l'échantillonnage axé sur les répondants (pour l'élaboration des indicateurs et la collecte de données).^{p. ex. 101}.

Considérations clés au sujet des processus de mobilisation et de consultation systémiques

La tâche d'élaborer un cadre pancanadien chargé de valeurs pour la mesure du rendement dans les soins de SMD suscite des divergences d'opinions. Il est donc nécessaire d'adopter une approche systématique et intentionnelle pour créer un cadre et un ensemble d'indicateurs auxquels les parties prenantes peuvent souscrire, quelles que soient leurs opinions.

Le processus de dialogue délibératif suivi pour créer la *Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada* constitue un solide modèle général¹⁴. L'équipe de recherche a aussi trouvé cinq initiatives pouvant guider l'élaboration du cadre pancanadien en vertu des processus systématiques qui y sont utilisés et déclarés pour des services de SMD ou des cadres de mesure du rendement. Ces initiatives sont résumées ci-dessous. Consultez les références pour en savoir plus.

Le Projet d'élaboration du Rapport basé sur des données probantes de l'Ontario sur la santé des femmes (POWER) : chapitre sur la dépression. (Lin et coll., 2009)¹⁰²

Dans cette étude, un ensemble d'indicateurs basés sur des données probantes était utilisé pour examiner la dépression et les soins offerts en cas de dépression en Ontario par genre, revenu, âge et région. Un panel d'experts techniques a sélectionné les indicateurs, puis on les a adaptés à l'aide de processus Delphi. Un cadre de continuum de soins ciblait des problématiques importantes en matière de soins, et les membres du panel ont défini les deux problématiques les plus urgentes à chacun des six stades de service en fonction de critères prédéterminés.

Les problématiques ciblées ont été utilisées lors des analyses documentaires pour orienter la recherche d'indicateurs potentiels, qu'on a par la suite classés selon leur importance, leur pertinence et leur faisabilité. La liste des indicateurs a été achevée au moyen d'un processus Delphi modifié à deux étapes (questionnaire en ligne et réunion en personne) et de critères explicites. L'approche-cadre initiale du continuum des soins a permis d'assurer que le cheminement clinique était représenté en entier. Les indicateurs finaux, bien que peu nombreux, dressaient un portrait complet.

Des mesures de qualité dans les soins primaires de santé mentale : un consensus multilatéral et multi-juridictionnel canadien (Waraich et coll., 2010)¹⁰³

Ce projet de portée pancanadienne avait pour but de définir un ensemble de mesures de qualité pour les établissements de soins primaires. Un comité directeur principal composé de partenaires de la province, de l'ICIS et de Santé Canada supervisait les travaux. Plus de 800 intervenants de toutes les provinces et territoires, occupant divers rôles au sein du système (y compris des membres des Premières Nations et des intervenants de régions rurales), ont participé à l'une des trois étapes, dont deux rondes d'un processus Delphi modifié.

À la première étape, un sondage et des discussions de groupe ont permis de retenir 20 des 86 domaines prioritaires. Ces domaines ont été utilisés comme cadre. À la deuxième étape, par le moyen d'analyses documentaires et de choix d'experts, des mesures de la qualité ont été définies pour chacun des 20 domaines prioritaires. Quelque 2 000 mesures uniques ont été répertoriées à ce stade. À la troisième étape, le comité directeur a sélectionné itérativement 160 critères de faisabilité et indicateurs basés sur des données probantes à inclure dans l'enquête de consensus finale.

Dans cette enquête, la pertinence, l'applicabilité, l'importance et les données probantes ont été utilisées itérativement comme critères de sélection. Des pondérations ont été appliquées pour assurer une représentation équilibrée des parties prenantes. À chacune des rondes, les répondants recevaient les résultats de la ronde

précédente (conformément aux méthodes Delphi). Le processus a engendré un ensemble final de 30 indicateurs consensuels et un répertoire total de 160 indicateurs, disponible pour utilisation, du niveau des pratiques à celui du système.

Les auteurs ont constaté un écart considérable entre la définition des mesures et leur mise en œuvre.

La création d'indicateurs complets de la santé mentale des enfants pour la Colombie-Britannique (Waddell et coll., 2013)⁸⁷

Ce projet visait à définir des indicateurs pour le suivi de la santé mentale des enfants dans la population. Il a commencé par une consultation des décideurs sur l'application potentielle des indicateurs, suivie par l'élaboration d'un cadre conceptuel afin d'assurer, d'une part, que les aspects pertinents de la santé mentale des enfants en faisaient partie, et d'autre part, que les décisions n'étaient pas influencées par la disponibilité relative des données.

On a établi les lignes directrices de sélection en suivant les conseils des décideurs et au moyen d'une approche unique à deux axes évaluant leur pertinence et leur applicabilité du point de vue des politiques autant que de la recherche. Une fois les indicateurs sélectionnés, les chercheurs ont ciblé des sources de données qui ont permis de prendre des mesures répétées dans toutes les régions de la province et ont cartographié des indicateurs pour les sources de données à inclure dans le cadre. L'équipe de projet a ensuite recherché des lacunes dans la couverture de certains importants éléments du cadre et a formulé des recommandations pour combler celles-ci.

Le cadre produit au terme de cette initiative est l'un des 10 modèles retenus pour le présent projet. **Un cadre sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les adolescents pour le Yukon (Mulvale et coll., 2015)^{104 105}**

Ce projet a été conçu pour créer un cadre de services pour enfants et adolescents basé sur le document-cadre Evergreen, qui a été adapté au contexte yukonais selon une approche de recherche publique participative. Cette dernière prévoyait un examen documentaire, des entretiens individuels et des discussions de groupe, de même que des discussions délibératives en trois phases de recherche.

La première phase était l'analyse de la réalité du Yukon à partir de quatre sources d'information. La deuxième consistait à tirer des enseignements de ces différentes sources ainsi que d'un grand groupe de répondants clés, y compris d'autres régions. Durant la phase finale, on a préparé une ébauche de cadre des options de services et on a intégré les avis des partenaires. Trois rondes d'une méthode Delphi modifiée ont été effectuées à ce stade afin d'atteindre un consensus au sujet du cadre, en veillant spécialement à une représentation appropriée des principaux groupes. Ce projet illustre une approche participative de la création d'un cadre qui tient compte des points de contact entre un cadre pancanadien et un cadre conceptuel provincial ou territorial.

Surveillance de la santé mentale positive et de ses facteurs déterminants au Canada : élaboration du Cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive (Orpana et coll., 2016)⁹⁰

Orpana et collègues ont appliqué des méthodes systématiques pour mettre au point un cadre permettant la création d'indicateurs de la santé mentale positive et la production de rapports à leur sujet à l'échelle pancanadienne par l'ASPC. La première étape de recherche de cadres de santé mentale existants était une analyse documentaire ciblée. Celle-ci a mené à l'élaboration d'un cadre conceptuel en consultation avec des experts de la CSMC. Ce cadre contenait des indicateurs choisis et décrivait les relations entre divers concepts clés. Des critères de sélection (pertinence, applicabilité, exactitude, faisabilité, en cours) ont ensuite été appliqués, en tenant compte de leur correspondance avec d'importants cadres plus larges et avec des théories connexes.

On a ensuite constitué un ensemble initial d'indicateurs potentiels regroupés par thèmes afin d'assurer la cohérence, avant de rédiger des définitions pour chacun de ces indicateurs. Au fil de deux rondes d'une approche Delphi modifiée avec des groupes de partenaires clés (atelier et vote en ligne), les 77 indicateurs initiaux ont été réduits à 25 indicateurs dans quatre domaines (individus, familles, communautés, société). On a examiné les sources de données pour ces indicateurs, avant d'évaluer s'ils étaient exacts, faisables et en cours. Des conseils au sujet du cadre ont été recueillis auprès d'experts et de partenaires au moyen d'une consultation en ligne comprenant des questions ciblées.

Ce projet illustre un processus collaboratif à plusieurs étapes fondé sur la théorie et comportant plusieurs étapes d'intégration de rétroaction sur une série de questions.

Établir des principes directeurs

Bon nombre de documents stratégiques provinciaux et territoriaux et quelques-uns des documents-cadres contenaient des ensembles de principes généraux orientant les travaux. Cette série de principes pourrait aussi servir de point de départ pour établir les principes directeurs de l'élaboration du cadre, clarifier les valeurs communes et orienter les activités futures. Plusieurs ressources fondées sur la recherche pourraient aussi être très utiles pour mesurer de façon plus générale la qualité des processus de mobilisation des parties prenantes.^{p. ex. 106}

L'AVIS DES EXPERTS

- Une authentique mobilisation est primordiale, notamment celle des jeunes (ce qui entraîne des résultats positifs en soi), des Autochtones et d'autres groupes en quête d'équité, des personnes ayant vécu la maladie mentale (de tout l'éventail de gravité de la maladie) et des membres de leur famille ainsi que d'organisations représentant les clients et les familles.
- Une mobilisation significative prévoit un processus participatif de conception conjointe qui reconnaît le contexte et les biais sociohistoriques et offre une réflexion sur ceux-ci, et qui identifie les parties qui prennent les décisions et celles qui en bénéficient.
- Inévitablement, la mobilisation significative nécessite du temps et des ressources appropriées.
- Les partenariats doivent être authentiques et prôner une excellente communication avec tous les participants.
- Il est important de bien réfléchir aux acteurs à mobiliser et à faire preuve de transparence à ce sujet, puisque les indicateurs choisis reflèteront les intérêts des participants.
- Les principes utilisés devraient s'appuyer sur des processus de mobilisation sécuritaires sur le plan culturel.
- On devrait accorder davantage d'importance aux approches basées sur des principes, aux processus de mobilisation éprouvés et sur l'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé¹⁰⁷.
- Un expert a indiqué que les processus d'établissement des priorités¹⁰⁸ de la James Lind Alliance pourraient être utiles.
- Les mesures pourraient cibler l'innovation et la transformation, plutôt que le seul rendement.
- Les organisations professionnelles, les organisations philanthropiques et les personnes participant à la prestation des soins et à la génération des données aux premières lignes peuvent aussi devenir des partenaires clés.
- Les processus adoptés par d'autres pays (p. ex. l'Australie et la Nouvelle-Zélande) mériteraient d'être étudiés.
- Il serait possible d'organiser une série de conférences consensuelles provinciales et territoriales ou régionales, suivie d'une conférence consensuelle nationale.
- Il sera important de déterminer clairement les rôles et les responsabilités des organisations dirigeantes.

Le passage du cadre au système

On a reproché à la mesure du rendement de rester bloquée au stade de la conceptualisation³⁵. Une mauvaise conceptualisation peut miner la valeur des étapes précédentes, mais même lorsqu'elle est irréprochable, la réalisation de l'objectif ultime, en l'occurrence l'amélioration du système de SMD du Canada, nécessite une infrastructure, la capacité de régulièrement générer de nouveaux indicateurs et de produire des rapports sur les indicateurs existants, ainsi que des ressources pour créer des indicateurs stratégiques idéaux.

Le rapport du sommet *Think Big, Start Small, Act Now: Tackling Indicator Chaos*²⁶ présente des conseils pour surmonter le « chaos lié aux indicateurs » qui semble s'être répandu autour de la mesure du rendement dans les soins de santé. Financé par des organismes canadiens prônant la qualité des soins, le rapport met en garde contre l'enlèvement dans la confusion causée par le volume d'indicateurs disponibles et prodigue ce conseil : « Le patient est le point de départ. Ne parlez pas; agissez. Nommez des chefs de file. Créez un centre d'échanges. Convenez des priorités. »

Leçons apprises du Canada et d'ailleurs

La pluralité des systèmes de données à l'échelle nationale et dans les provinces et territoires individuels rend l'élaboration d'un cadre de mesure du rendement aussi complexe que l'atteinte d'un consensus avec d'autres pays – ce qui comporte son lot d'obstacles, comme l'a démontré une décennie de travail international sur la sélection et la création d'indicateurs communs^{24,25,109}. La prestation de soins de santé mentale pose d'immenses défis aux provinces et aux territoires. L'ajout d'un niveau pancanadien de création de mesures du rendement et de production de rapports à ce sujet pourrait représenter un fardeau additionnel. Toutefois, des pays dont les systèmes de prestation de soins de santé ont une structure semblable, notamment l'Australie et la Nouvelle-Zélande, ont réalisé des progrès notables relativement aux systèmes nationaux de mesure du rendement dans les soins de SMD^{p. ex. 31,32}.

On trouve aussi des initiatives exemplaires de mesure du rendement et d'information en matière de santé mentale qui peuvent devenir des modèles pour un système pancanadien. Les apprentissages tirés de stratégies fructueuses provenant d'autres systèmes et initiatives d'élaboration de cadres au niveau provincial et territorial peuvent inspirer une approche où les meilleurs éléments de chacun sont retenus pour la création d'un cadre pancanadien. Si le passage du cadre au système peut être compliqué, le récent rapport *Toward Quality Mental Health Services in Canada: A Comparison of Performance Indicators Across 5 Provinces* a montré qu'il est possible de générer des indicateurs de rendement sur la SMD de façon collaborative grâce à des définitions consensuelles⁴. Dans ce document, on a non seulement pu comparer les indicateurs d'une province à l'autre, mais aussi les ventiler par région à l'intérieur d'une même province.

« Le patient est le point de départ. Ne parlez pas; agissez. Nommez des chefs de file. Créez un centre d'échanges. Convenez des priorités. »

– Extrait de *Think Big, Start Small, Act Now: Tackling Indicator Chaos*²⁶

Des systèmes d'information entièrement intégrés, comme celui proposé en Ontario⁶⁰, favoriseront une mesure efficace du rendement dans les soins de SMD au niveau provincial et territorial. La collecte et la déclaration de données au niveau national dépendront de la collaboration inter juridictionnelle en matière de conceptualisation, de cueillette de données, de production de rapports et d'action³⁵.

L'initiative sur le rendement du système de lutte contre le cancer, piloté par le PCCC, offre un excellent modèle pancanadien de ce qui peut être accompli au moyen d'une approche collaborative systématique³³. Non seulement le PCCC a-t-il mis au point un cadre de mesure du rendement dans la lutte contre le cancer, mais il établit aussi la collecte de données et la production de rapports par province ou territoire depuis 2009, tout en rendant les valeurs des indicateurs disponibles en ligne pour toutes les parties prenantes. En dépit de certains avantages distincts du domaine de la lutte contre le cancer qu'on ne retrouve pas dans le domaine de la SMD, comme des définitions de cas plus claires et un fichier d'enregistrement inscrit dans la loi, l'équipe de recherche estime raisonnable d'aspirer à un système doté de caractéristiques semblables.

Le système du PCCC possède les caractéristiques positives et novatrices suivantes, entre autres :

- un cadre élaboré au moyen d'un processus collaboratif systématique et ancré dans la politique (la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer¹¹⁰)
- un cadre doté de dimensions et de domaines hautement pertinents, sans une complexité excessive qui donnerait à penser aux partenaires qu'il est incohérent ou qu'il ne les concerne pas
- une compréhension commune des notions et des termes employés
- une démarcation claire des types d'indicateurs ayant trait aux différents niveaux du système ainsi que des modèles logiques mettant les indicateurs en relation d'un niveau à l'autre
- des indicateurs basés sur les données disponibles ainsi que les lacunes décelées et les indicateurs idéaux
- l'utilisation de multiples sources de données et de certaines données primaires pour alimenter régulièrement les indicateurs
- des comparaisons par province ou territoire et des processus collectifs visant l'amélioration de la qualité
- la disponibilité des conclusions tirées à partir des indicateurs pour toutes les parties intéressées grâce à la production de rapports en ligne
- un engagement à l'égard d'un développement accru dans l'important domaine de l'équité
- une philosophie qui favorise l'amélioration et évite le perfectionnisme, selon laquelle l'information, même si elle est imparfaite, est préférable à l'absence d'information, et selon laquelle les mesures peuvent être améliorées au fil du temps.

L'AVIS DES EXPERTS

- Il est essentiel de mettre en place un ou plusieurs mécanismes permettant, au-delà de la seule production de rapports, d'interpréter et de donner suite aux résultats.
- Les experts ont convenu que le système du PCCC était un bon modèle, tout en reconnaissant que celui-ci était bien pourvu en ressources et doté d'un mandat et d'un rôle nationaux clairs en ce qui concerne les données.
- Des indicateurs pour certaines notions fondamentales, choisis en fonction de la stratégie et des besoins, sont requis d'urgence au niveau national; les provinces et les territoires doivent en plus recueillir de l'information sur leurs propres indicateurs prioritaires et produire des rapports sur celle-ci.
- L'infrastructure et la capacité technique sont essentielles pour l'élaboration et la validation des indicateurs.
- Tout système doit évaluer la qualité de ses propres processus et la valeur de ses contributions et produire des rapports à ce sujet.
- Le passage du cadre au système nécessite à la fois un leadership fort et une bonne collaboration.
- Il sera essentiel de prévoir et d'harmoniser des mesures incitant à la participation⁸. Les stratégies employées dans le Système national de surveillance des maladies chroniques de l'ASPC¹¹¹ devraient être examinées à cette fin.
- Le manque de financement et de ressources et une adhésion insuffisante constituent des obstacles majeurs.
- Il faudra éliminer les disparités en matière de capacités entre les provinces et territoires et au sein de ceux-ci.
- Le système de SMD est un « système adaptatif complexe » qui continuera d'évoluer en même temps que des mesures y seront prises. Par conséquent : « ... les solutions ne viendront jamais facilement, les résultats ne seront probablement jamais parfaits et la mesure des résultats sera une tâche difficile. » Des attributs comme la flexibilité, l'adaptabilité et la réactivité devront être mesurés, « ... non seulement les intrants, les activités et les résultats, qui sont les caractéristiques du système propices à la modélisation logique ».
- Un expert a souligné l'utilité potentielle d'approches dites « VUCA » pour surmonter les difficultés associées à la « volatilité, l'incertitude, la complexité et l'ambiguïté »¹¹².
- Pour donner suite aux résultats, le processus d'utilisation de l'information issue des indicateurs pour concevoir des solutions pourrait initialement prendre la forme d'une étude de cas axée sur les travaux prometteurs réalisés par une ou plusieurs administrations.
- Le cadre et le système devraient être flexibles et pouvoir être adaptés aux données probantes et aux méthodes émergentes en plus de comporter un processus régulier de révision des indicateurs.
- Les acteurs contribuant à la soumission et à la production des données devraient aussi participer à leur interprétation; en outre, l'interprétation des valeurs des indicateurs devrait toujours tenir compte des contextes locaux et provinciaux ou territoriaux.

Voir grand, commencer petit, agir maintenant

Les experts en la matière ont compilé et examiné un ensemble de ressources pouvant inspirer et soutenir le plan d'élaboration du cadre pancanadien de mesure du rendement dans les soins de SMD. Ces ressources et recommandations reposent sur des priorités stratégiques provinciales et territoriales, des caractéristiques de cadres existants et des enseignements tirés de processus d'élaboration systématiques employés pour la création d'autres cadres au Canada.

Si le contenu et les processus des différents cadres de mesure du rendement diffèrent considérablement, la richesse et la profondeur des idées et des approches qui y sont mises de l'avant permettront, à la faveur d'une sélection minutieuse, de concevoir un processus efficace et d'atteindre de bons résultats.

Selon l'équipe de recherche, la formule « Voir grand, commencer petit, agir maintenant » nécessite un travail immédiat en vue de la mise au point, en collaboration avec les principales parties prenantes, d'un cadre pancanadien de mesure du rendement dicté par la politique. Une fois le cadre adopté, on pourra sélectionner des indicateurs stratégiques existants qui lui conviennent et cerner les lacunes importantes en vue d'entreprendre immédiatement la conception de nouveaux indicateurs. En présence des capacités nécessaires pour la conception d'indicateurs et la production de rapports sur ceux-ci, la préparation d'un premier rapport collaboratif pancanadien sur le rendement du système de SMD est un objectif atteignable. Idéalement, cette démarche s'accompagnerait de la capacité d'adopter un mécanisme permettant de déployer des activités collaboratives logiquement interreliées ayant pour but l'amélioration du système.

Références

1. Commission de la santé mentale du Canada *Portrait des données relatives à la santé mentale au Canada : Contexte, besoins, et lacunes*, Calgary : La Commission; 2014. Disponible sur le site : https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2017-05/Portrait_des_donnees_relatives_0.pdf
2. Commission de la santé mentale du Canada. *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*, Calgary, 2012. Disponible sur le site : https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHStrategy_Strategy_FRE_1.pdf
3. Commission de la santé mentale du Canada. *Tracer la voie de l'avenir : Indicateurs de la santé mentale pour le Canada*, Ottawa, 2015. Disponible sur le site : https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/Tracer%252520la%252520voie%252520de%252520l%252520e%252580%252599avenir%252520-%252520Indicateurs%252520de%252520la%252520sant%2525C3%2525A9%252520mentale%252520pour%252520le%252520Canada_0.pdf
4. BUTLER, A., CE. ADAIR, W. JONES, P. KURDYAK, S. VIGOD, M. SMITH et autres. *Toward quality mental health services in Canada: a comparison of performance indicators across 5 provinces*, Vancouver : Centre de recherche appliquée en santé mentale et en toxicomanie (CARMHA), 2017. Disponible sur le site : https://www.sfu.ca/carmha/publications/prov_indic_2017.html
5. ADAIR, CE., L. SIMPSON, J. BIRDELL, K. OMELCHUK, A. CASEBEER, HP. GARDINER et autres. *Performance measurement in health and mental health services: models, practices and effectiveness. A state of the science review*, 2003.
6. LANGTON, J., ST. WONG, S. JOHNSTON, J. ABELSON. *Primary care performance measurement and reporting at a regional level: could a matrix approach provide actionable information for policy-makers and clinicians?* politique en matière de santé, 2016;12(2):33-51.
7. SAXENA, S., M. VAN OMMEREN, A. LORA, B. SARACENO. *Monitoring of mental health systems and services: Comparison of four existing indicator schemes*, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2006(41),488-97.
8. JACOBS, R., D. McDAID. *Performance measurement in mental health services*, chapitre 4.3 dans Smith PC (Ed). *Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects*, Cambridge University Press, 2010.
9. WADDELL, C., C. SHEPHERD, C. SCHWARTZ, J. BARICAN. *Child and youth mental disorders: prevalence and evidence-based interventions. A research report for the BC Ministry of Children and Family Development*, Vancouver : Children's Health Policy Centre, 2014.
10. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. *Traitements et soutien* [Internet], Ottawa : Le Centre. Disponible sur le site : <http://www.ccdus.ca/fra/topics/treatment-and-supports/pages/default.aspx>
11. URBANOSKI, KA., BR. RUSH, TC. WILD, DG. BASSANI, S. CASTEL. *Use of mental health care services by Canadians with co-occurring substance dependence and mental disorders*, *Psychiatr Serv.*, 2007;58(7):962-9.
12. CAMERON, BL., MDPC. PLAZAS, AS. SALAS, LB. BEARSKIN, K. HUNGLER. *Understanding inequalities in access to health care services for Aboriginal people: A call for nursing action*, *Adv Nurs Sci.*, 2014;37(3) : E1-16.
13. VUKIC, A., D. GREGORY, R. MARTIN-MISENER, J. ETOWA. *Aboriginal and western conceptions of mental health and illness. Pimatisiwin*, 2011;9(1):65-86.
14. MULVALE, G., H. CHODOS, M. BARTRAM, MP. MACKINNON, M. ABUD. *Engaging civil society through deliberative dialogue to create the first mental health strategy for Canada: changing directions, changing lives*, *Soc Sci Med.*, 2014(123),262-8.
15. MARTEL, L. *Recent changes in demographic trends in Canada*, Statistique Canada, 2015. Catalogue n° 75-006-X.
16. Gouvernement du Canada. *L'énoncé de principes communs sur les priorités partagées en santé* [Internet], Disponible sur le site : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/ententes-en-matiere-de-sante/principes-priorites-partagees-sante.html>
17. BARTRAM, M., S. LURIE. *Closing the mental health gap: the long and winding road?* *CJCMH*, 2017;36(2):1-14.

18. LAL, S., CE. ADAIR. *E-mental health: a rapid review of the literature*, service de psychiatrie, 2014;65(1):24-32.
19. CASSEL, CK., PH. CONWAY, SF. DELBANCO, AK. JHA, RS. SAUDERS, TH. LEE. *Getting more performance from performance measurement*, NEJM, 2014;371(23):2145-7.
20. PARAMESWARAN, S., B. SPAETH-RUBLEE, PT. HUYNH, HA. PINCUS. *Comparison of national mental health quality assessment programs across the globe*, Psychiatr Serv., octobre 2012;63(10):983-8.
21. SANDOVAL, C., C. COURIS, K. LEEB. *New mental health indicators provide a snapshot on performance of the mental health system in Canada*, Health Q. 2012;15(2):14-6.
22. VEILLARD, J., T. HUYNH. *Making health system performance measurement useful to policy makers: aligning strategies, measurement and local health system accountability in Ontario*, politique en matière de santé, 2010;5(3):49-65.
23. LAURIKS, S., MCA. BUSTER, M. DE WIT, EA. ARAH, NS. KLAZINGA. *Performance indicators for mental healthcare: a systematic international inventory*, BMC Public Health, 2012;12:214.
24. PINCUS, HA., B. SPAETH-RUBLEE. *Quality of mental healthcare*. *Neuropsychiatry*, 2012;2(1):13-17.
25. SPAETH-RUBLEE B., HA PINCUS, F SILVESTRI, J. PETERS. *Measuring quality of mental health care: an international comparison*, Int J Environ Public Health, 2014;11:10384-89.
26. Saskatchewan Health Quality Council. *Think big, start small, act now: tackling indicator chaos. A report on a national summit*: Saskatoon, 30-31 mai 2011. Saskatoon, 2012. Disponible sur le site : <http://hqc.sk.ca/Portals/0/documents/tracking-indicator-chaos.pdf>
27. SMITH, P., *On the unintended consequences of publishing performance data in the public sector*, Int J of Public Admin, 1995;18(2-3):277-310.
28. MANNION, R., J. BRATHWAITE. *Unintended consequences of performance measurement in healthcare: 20 salutary lessons from the English National Health Service*, Int Med J., 2012;42(5):569-74.
29. DEBER, R., R. SCHWARTZ. *What's measured is not necessarily what matters: a cautionary story from public health*. politique en matière de santé, 2016;12(2):52-64.
30. Instituts de recherche en santé du Canada. *Stratégie de recherche axée sur le patient du Canada* [Internet], Ottawa, 2011. Disponible sur le site : <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/44000.html>
31. KPI Programme. *What is the KPI programme?* [Internet], Auckland. The Programme. Disponible sur le site : <https://www.mhakpi.health.nz/>
32. Nous Group. *Discussion paper: indicators and targets for mental health reform in Australia*, Document préparé pour la Commission de la santé mentale du Canada. Deakin: Mental Health Australia; 2013. Disponible sur le site : https://mhaustralia.org/sites/default/files/docs/nous_group_discussion_paper_-_2013.pdf
33. Partenariat canadien contre le cancer. Rendement du système [Internet et communications personnelles avec le PCCC]. Disponible sur le site : <http://systemperformance.ca/fr/>
34. STOCKDALE WINDER, F. *Working together for change: a 10 year mental health and addictions action plan for Saskatchewan*, Regina : gouvernement de la Saskatchewan, 2014. Disponible sur le site : <https://www.saskatchewan.ca/government/health-care-administration-and-provider-resources/saskatchewan-health-initiatives/mental-health-and-addictions-action-plan>
35. ADAIR, CE., E. CASEBEER, JM. BIRDSELL, KA. HAYDEN, S. LEWIS. *Performance measurement in healthcare: part II state of the science findings by stage of the performance measurement process*, politique en matière de santé, 2006;2(1):56-78.
36. URBANOSKI, K. *Strengthening performance measurement for mental health and addiction in Ontario*, un projet DTFP-ON, 2017. Disponible sur le site : http://eenet.ca/sites/default/files/DTFP-ON_Performance%20Measurement%20for%20MHA_FINAL.pdf
37. Organisation mondiale de la Santé. *10 faits sur la santé mentale* [Internet], Genève : L'Organisation. Disponible sur le site : http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/fr/
38. Organisation mondiale de la Santé. *Troubles mentaux* [Internet]. Genève : L'Organisation. Disponible sur le site : http://www.who.int/mental_health/management/fr/
39. GILMOUR, H. *Positive mental health and mental illness*. Health Rep., 2014;25(9):3-9.

40. Santé Canada et l'Assemblée des Premières Nations. *Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations*, 2015.
41. RICHMOND, CA., NA. ROSS, J. BERNIER. *Exploring Indigenous concepts of health: the dimensions of Métis and Inuit health*, Aboriginal Policy Research Consortium International, 2007. Document 115.
42. Ministère de la Santé du Nunavut. *Santé mentale* [Internet], Iqaluit : gouvernement du Nunavut, 2018. Disponible sur le site : <https://www.gov.nu.ca/health/information/mental-health>
43. SMYLLIE, J., M. ANDERSON. *Understanding the health of Indigenous peoples in Canada: key methodological and conceptual challenges*, CMAJ, 2006;175(6):602-5.
44. ANDERSON, MJ., JK. SMYLLIE. *Health systems performance measurement systems in Canada: how well do they perform in First Nations, Inuit and Métis contexts*, Pimatisiwin, 2009;7(1):99-111.
45. KEYES, CLM. *Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health*, Am Psychol, 2007;62(2):95-108.
46. WESTERHOF, GJ., CLM. KEYES. *Mental illness and mental health: the two continua model across the lifespan*, J Adult Dev, 2010;17:110-19.
47. MULVALE, G., M. BARTRAM. *No more "us" and "them": integrating recovery and well-being into a conceptual model for mental health policy*, CJCMH, 2015;34(4):31-67.
48. Commission de la santé mentale du Canada Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement : Calgary, 2014. Disponible sur le site : http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2016-07/MHCC_Recovery_Guidelines_2016_fr.PDF
49. HASIN, DS., CP. O'BRIEN, M. AURIACOMBE, G. BORGES, K. BUCHOLZ, A. BUDNEY et autres. *DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale*, Am J Psychiatry, 2013;170(8):834-51.
50. Organisation mondiale de la Santé. WHO-AIMS : Information générale Genève : L'Organisation. Disponible sur le site : http://www.who.int/mental_health/evidence/WHO-AIMS/en
51. Organisation mondiale de la Santé. *Instruments d'évaluation des systèmes de santé mentale, version 2.2*, Suisse : L'Organisation. 2005. Disponible sur le site : http://www.who.int/mental_health/evidence/AIMS_WHO_2_2.pdf
52. Organisation mondiale de la Santé. *Assessment of prevention and treatment systems for substance use disorders*, Genève: L'Organisation. Disponible sur le site : http://www.who.int/substance_abuse/activities/saims/en
53. Le Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie. *De l'ombre à la lumière. La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*, Ottawa, 2006.
54. Organisation mondiale de la Santé. *The optimal mix of services for mental health*, Genève: L'Organisation. Disponible sur le site : http://www.who.int/mental_health/policy/services/2_Optimal%20Mix%20of%20Services_Infosheet.pdf
55. KUTCHER, S., A. MCLUCKIE. *Evergreen : Document-cadre en matière de santé mentale des enfants et des adolescents au Canada*, Calgary, 2010. Disponible sur le site : https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/CY_Evergreen_Framework_FRE_1.pdf
56. RUSH, B. *Tiered frameworks for planning substance use service delivery systems: origins and key principles*, Nord Stud Alcohol Dr. 2010;27:617-36.
57. Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard. *Aller de l'avant ensemble : Stratégie relative à la santé mentale et à la toxicomanie, Stratégie relative à la santé mentale et à la toxicomanie 2016-2026 de l'Île-du-Prince-Édouard*, Charlottetown, 2016. Disponible sur le site : https://www.princeedwardisland.ca/sites/default/files/publications/peimentalhealthaddictionsstrategy_moving_forward.pdf
58. Santé et Affaires sociales du Yukon. *Kids count: measuring child and family wellness in Yukon. An indicator framework*, Whitehorse : Santé et Affaires sociales du Yukon, 2012. Disponible sur le site : http://www.yukonwellness.ca/pdf/kids_count.pdf

59. BARTRAM, M. *Expanded access to psychotherapies: what about income and equity?* [Diapositives de présentation non diffusée]. Diapositives utilisées lors du webinaire du 13 décembre 2017.
60. Groupe de travail responsable de la mesure du rendement et des données du Conseil consultatif pour le leadership en santé mentale et en lutte contre les dépendances. *The road to demonstrating our success: a proposal to develop a comprehensive data and performance measurement strategy for the mental health and addictions system in Ontario*, 2016.
61. TANSELLA, M., G. THORNICROFT. *The mental health matrix: a manual to improve services*, Cambridge University Press, 1999.
62. Ministère de la Santé de l'Alberta. *Health system outcomes and measurement framework*, Gouvernement de l'Alberta, 2014. Disponible ici : <https://open.alberta.ca/publications/health-system-outcomes-and-measurement-framework>
63. Santé et Affaires sociales du Yukon. *Avancer ensemble : Stratégie yukonnaise du mieux-être mental 2016-2026*, Whitehorse : Santé et Affaires sociales du Yukon, 2016. Disponible sur le site : http://www.hss.gov.yk.ca/fr/pdf/mentalwellnessstrategy_FR.pdf
64. Groupe de travail sur la stratégie nationale de traitement. *Approche systémique de la toxicomanie au Canada : Recommandations pour une stratégie nationale sur le traitement*, Ottawa : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. Disponible sur le site : <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/nts-systems-approach-substance-abuse-canada-2008-fr.pdf>
65. *The Surgeon General's Report on Alcohol, Drugs, and Health*, Washington, D.C. : U.S. Department of Health & Human Services, 2016. Disponible sur le site : <https://addiction.surgeongeneral.gov/>
66. Équipe d'appui pour la santé mentale dans les écoles. *Bienvenue sur le site de l'équipe d'appui pour la santé mentale dans les écoles* [Internet], Disponible sur le site : <https://smh-assist.ca/fr/>
67. Commission de vérité et réconciliation du Canada. *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir – Sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada*, 2015. Disponible sur le site : http://www.myrobust.com/websites/trcinstitution/File/Reports/French/French_Executive_Summary_Web.pdf
68. WALLACE, S. *Santé des Inuits : certains résultats de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2012* [Internet], Ottawa : Statistique Canada, 2012. Disponible sur le site : <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-653-x/89-653-x2014003-fra.htm>
69. Inuit Tapiriit Kanatami. *Health indicators of Inuit Nunangat within the Canadian context: 1994(-1998), 1999-2003*, Inuit Tapiriit Kanatami; date inconnue. Disponible sur le site : <https://itk.ca/inuit-health-indicators-canadian-context/>
70. SMYLIE, J., M. FIRESTONE. *Back to the basics: identifying and addressing underlying challenges in achieving high quality and relevant health statistics for Indigenous populations in Canada*, Stat J of the IAOS, 2015;31:67-87.
71. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. *CCNSA - Centre de collaboration nationale de la santé autochtone*, Prince George. The Centre. Disponible sur le site : <https://www.ccsa-nccah.ca/1/Accueil.nccah>
72. Assemblée des Premières Nations. *Plan de transformation de la santé des Premières Nations*, Ottawa, 2017. Disponible sur le site : <https://www.afn.ca/uploads/files/fnhta-french.pdf>
73. Assemblée des Premières Nations. *Les Premières Nations insistent sur la nécessité de collaborer pour obtenir de meilleurs résultats en matière de santé*, Ottawa, 10 décembre 2016. Disponible sur le site : <http://www.afn.ca/fr/2016/12/20/20-12-16-les-premieres-nations-insistent-sur-la-necessite-de-collaborer-pour-obtenir-de-meilleurs-resultats-en-matiere-de-sante/>
74. Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. *Accueil* [Internet], Disponible sur le site : <http://fnigc.ca/fr>
75. ANDERSON, P., M. ANDERSON, J. SMYLIE. *The national Indigenous health performance measurement system*, Aust Health Review, 2008;32(4):626-38.
76. SMYLIE, J. *Approaching reconciliation: tips from the field* [Éditorial], CJP. 2015;106(5):e261-4.
77. DANESCO, E., N. SUMMERS. *Exploration du rendement systémique : Résumé de la documentation sur les indicateurs du rendement dans le système de santé mentale des enfants et des adolescents*, Ottawa : Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents, mai 2017. Disponible sur le site :

<http://www.excellencepourenfantsados.ca/carrefour-des-ressources/exploration-du-rendement-syst-migue-r-sum-la-documentation-indicateurs-du>

78. Services de santé de l'Alberta *Performance of the addiction and mental health 2014-15*, Edmonton : Services de santé de l'Alberta, 2015. Disponible sur le site : <https://www.albertahealthservices.ca/assets/healthinfo/mh/himhw-performance-of-the-amh-system-2014-2015.pdf>
79. Health Quality Council of Alberta. *Alberta Quality Matrix for Health User Guide*, Calgary, 2005 Disponible sur le site : <http://hqca.ca/about/how-we-work/the-alberta-quality-matrix-for-health-1>
80. BRIEN, S., L. GRENIER, ME. KAPRAL, P. KURDYAK, S. VIGOD. *Taking stock: a report on the quality of mental health and addictions services in Ontario, Un rapport de QSO-IRSS*, Toronto : Qualité des services de santé Ontario et l'Institut de recherche en services de santé, 2015. Disponible sur le site : <http://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/pr/theme-report-taking-stock-fr.pdf>
81. MHASERF Research Team. *The mental health of children and youth in Ontario: a baseline scorecard*, Toronto : Institute for Clinical Evaluative Sciences, 2015. Disponible ici : <https://www.ices.on.ca/Publications/Atlases-and-Reports/2015/Mental-Health-of-Children-and-Youth>
82. MHASERF Research Team. *The mental health of children and youth in Ontario: 2017 scorecard*, Toronto : Institute for Clinical Evaluative Sciences, 2017. Disponible sur le site : <https://www.ices.on.ca/Publications/Atlases-and-Reports/2017/MHASEF>
83. Adapt MC. *Performance Monitoring and Evaluation Framework (PerMEF) indicators. Stakeholder engagement report [et des communications personnelles avec Adapt MC]*, 2016.
84. Gouvernement de l'Alberta. *Valuing mental health: report of the Alberta Mental Health Review Committee 2015*, Gouvernement de l'Alberta, 2015. Disponible sur le site : <https://open.alberta.ca/dataset/d8413604-15d1-4f15-a979-54a97db754d4/resource/1a5e7a16-3437-428e-b51f-4ba9201767a4/download/Alberta-Mental-Health-Review-2015.pdf>
85. Gouvernement du Québec. *Rapport sur les indicateurs de performance en santé mentale*, Gouvernement du Québec; 2012. Disponible sur le site : https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_Indicateurs_Performance_SanteMentale_2012.pdf
86. Institut de la Statistique du Québec. *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois. Résultats de l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes santé mentale 2012. Portrait chiffre*, 2012. Disponible ici : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/mentale/portrait-sante-mentale.pdf>
87. WADDELL, C., CA. SHEPHERD, A. CHEN, MH. BOYLE. *Creating comprehensive children's mental health indicators for British Columbia*, CJCMH, 2013;32(1):9-27.
88. Conseil de santé du Nouveau-Brunswick. *Reporting and action on mental health data* [diapositives de présentation et communications personnelles avec le Conseil]. Diapositives utilisées lors d'une présentation en 2017.
89. Centre d'information sur la santé de Terre-Neuve-et-Labrador. *Mental health and addictions programs performance indicators*, 2017. Disponible ici : https://www.nlchi.nl.ca/images/Mental_Health_and_Addictions_Programs_Performance_Indicators_2017-04-17.pdf
90. ORPANA, H., J. VACHON, J. DYKXHOO, L. MCRAE, G. JAYARAMAN. *Monitoring positive mental health and its determinants in Canada: the development of the positive mental health surveillance indicator framework*, HPCDPC. 2016;36(1):1-10.
91. Institut canadien d'information sur la santé *Cadre de mesure de la performance du système de santé canadien*, Ottawa, 2012.
92. Fondation canadienne pour l'amélioration des services en santé. *CFHI patient and family engagement collaborative evaluation & performance measurement framework*, Ottawa, date inconnue. Disponible sur le site : <http://www.cfhi-fcass.ca/sf-docs/default-source/work-with-us/cfhi-pfec-performance-measurement-framework-draft.pdf?sfvrsn=2>
93. Mental Health America. *The state of mental health in America 2017*, Alexandria, 2016. Disponible sur le site : <https://www.mentalhealthamerica.net/sites/default/files/2017%20MH%20in%20America%20Full.pdf>

94. MIRZOEV, T., S KANE. *What is health systems responsiveness? review of existing knowledge and proposed conceptual framework*, BMJ Global Health. 2017;2: e000486. DOI : 10.1136/bmjgh-2017-000486
95. International Alliance of Patients' Organizations. *Patient-centred healthcare indicators review*, octobre 2012, disponible ici : <http://iapo.org.uk/sites/default/files/files/IAPO%20Patient-Centred%20Healthcare%20Indicators%20Review.pdf>
96. HENDERSON, C., J. KIMAS, C. DDUNNE, D. LEDDIN, D. MEAGHER, T. O'TOOLE, W. CULLEN, W. KEY. *Key performance indicators for mental health and substance use disorders: a literature review and discussion paper*, *Mental Health and Substance Use*, 2014. DOI : 10,108017523281,2014901402
97. NABITZ, U., W. VAN DEN BRINK, P. JANSEN. *Using concept mapping to design an indicator framework for addiction treatment centres*, *Int J Qual Health Care*, 2005;17(3):193-201.
98. DONABEDIAN, A. *Evaluating the quality of medical care*, *Milbank Memorial Fund Q.* 1966;4(3 Suppl):166-206. Réimpression à *Milbank Q.* 2005;83(4):691-729.
99. KILBOURNE, AM., D. KEYSER, HA. PINCUS. *Challenges and opportunities in measuring the quality of mental health care*, *CJP*, 2010;55(9):549-57.
100. NORMAN, H. *The incredible value of leading indicators in healthcare* [Internet], 20 juin 2016. Disponible sur le site : <https://www.linkedin.com/pulse/incredible-value-leading-indicators-healthcare-heidi-norman>
101. FIRESTONE, MÉ, J. SMYLIÉ, S. MARACLE, M. SPILLER, P.O'CAMPO. *Unmasking health determinants and health outcomes for urban First Nations using respondent-driven sampling*. *BMJ Open*, 2014;4: e004978. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-0004978
102. LIN, E., N. DIAZ-GRANADOS, DE. STEWARD, AE. RHODES, N. YERITSYAN, A. JOHNS et autres. *Depression*, Chapitre 5 de l'ouvrage : *Ontario Women's health equity report volume 1*. Toronto : St. Michael's Hospital et ICES; 2009.
103. WARAICH, P., RS. SAKLIKAR, D. AUBE, W. JONES, D. HASLAM, K. HAMILL. *Quality measures for primary mental healthcare: a multi stakeholder, multijurisdictional Canadian consensus*, *Qual Saf Health Care*, 2010;19:519-25.
104. MULVALE, G., S. KUTCHER, G. RANDALL, P. WAKEFIELD, C. LONGO, J. ABLESON et autres. *Do national frameworks help in local policy development? Lessons from Yukon about the Evergreen child and youth mental health framework*, *CJCMH*, 2015;34(4):111-28.
105. MULVALE, G., S. KUTCHER, G. RANDALL, P. WAKEFIELD, C. LONGO, J. ABLESON et autres. *Final research report: a child and youth mental health and addictions framework for the Yukon*, 2015. Disponible sur le site : <https://www.degroote.mcmaster.ca/files/2012/08/FINAL-YUKON-CHILD-AND-YOUTH-RESEARCH-REPORT-reduced-size.pdf>
106. JOHNSTON, E., D. HICKS, N. NAN, JC. AUER. *Managing the inclusion process in collaborative governance*, *JPART*, 2010;21:699-721.
107. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Modèle d'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé*, 2012. Disponible sur le site : <http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/hea/>
108. BULBECK, H. *About priority setting partnerships* [Internet], Disponible sur le site : <http://www.jla.nihr.ac.uk/about-the-james-lind-alliance/about-psps.htm>
109. LORA, A., S. LESAGE, S. PATHARE, I. LEVAV. *Information for mental health systems: an instrument for policy-making and systems service quality*, *Epi Psychiatr Sci.*, 2017;26:383-94.
110. Partenariat canadien contre le cancer. *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer : 2017-2022*, 2017. Disponible sur le site : <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/about-us/corporate-strategic-document/la-strategie-canadienne-de-lutte-contre-le-cancer/>
111. Agence de la santé publique du Canada *Rapport du Système canadien de surveillance des maladies chroniques : Les maladies mentales au Canada, 2015* [Internet], 2015. Disponible ici : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/rapport-systeme-canadien-surveillance-maladies-chroniques-maladies-mentales-canada-2015.html>
112. BENNET, N., GJ. LEMOINE. *What VUCA really means for you* [Internet], Harvard Business Publishing, 2014. Disponible ici : [://hbr.org/2014/01/what-vuca-really-means-for-you](http://hbr.org/2014/01/what-vuca-really-means-for-you).

ANNEXE A : Détails concernant les méthodes et les documents

Le projet ciblait de récents cadres d'évaluation du rendement et des priorités stratégiques en matière de santé mentale mis en place dans les provinces et les territoires au Canada. Une définition générale de « cadres » provinciaux et territoriaux a été utilisée, comprenant tout document sur les processus d'élaboration de cadre d'évaluation du rendement en matière de santé mentale et de toxicomanie ou tout rapport sur des indicateurs en matière de santé mentale et de toxicomanie.

Termes de recherche utilisés sur les sites Web des gouvernements provinciaux et territoriaux

« santé »; ou « santé mentale » ou « toxicomanie » ou « substances »

« politique »; « évaluation du rendement »; « indicateurs »; « cadres »

Critères d'inclusion

- Tout document stratégique en matière de santé mentale et de toxicomanie, y compris les populations totales ou les sous-groupes importants (dépendance, grands groupes de diagnostics, enfants et jeunes, peuples autochtones)
- Tout document au sujet de données sur la santé mentale et la toxicomanie ou d'évaluation du rendement connexe, y compris les cadres
- Tout rapport traitant d'indicateurs de santé plus généraux ou d'évaluation du rendement pouvant inclure des indicateurs de santé mentale et de toxicomanie
- Publié depuis 2013 ou découlant d'une politique toujours en vigueur en 2013 (sauf dans l'absence de document actuel, le cas échéant, l'équipe de recherche s'est fiée au plus récent document)
- Plans d'action distincts ou mise à jour de documents stratégiques
- Provinciaux, territoriaux ou au niveau du système (donc non régional) toujours en vigueur

Il n'y avait aucun document stratégique en matière de santé mentale et de toxicomanie pour le Nunavut. L'équipe de recherche a alors utilisé le document stratégique plus général du gouvernement territorial.

La liste définitive a été révisée par l'équipe de recherche au complet à des fins de décision par consensus quant à l'inclusion.

Questions de recherche

Pour chaque cadre :

- Quels sont les domaines et les dimensions? Quels sont les critères de recherche pour les indicateurs?
- Le cadre ressemble-t-il à un modèle d'évaluation du rendement plus général?
- Quelle est la portée des services de santé (et au-delà) couverts?
- Quels niveaux du système sont couverts (individuel, programme, service, système, population)?

- Quelle est la population ciblée (p. ex., équilibre entre les personnes malades/sous-groupes vulnérables comparativement à la population générale)?
- Qui est le public cible (les décideurs, le grand public)?
- Quelles méthodes ont été utilisées pour décider des indicateurs?

Pour chaque province ou territoire :

- Quelles sont les priorités stratégiques actuelles en matière de santé mentale et de dépendance?
- Les priorités stratégiques sont-elles assorties d'un cadre d'évaluation du rendement?
- Les orientations stratégiques en matière de santé mentale et de toxicomanie incluent-elles des mesures ou des indicateurs de rendement?
 - Dans l'affirmative, à quelle étape d'élaboration se trouvent ces mesures ou ces indicateurs – sont-ils utilisés présentement ou sont-ils idéaux?
- Quelles sont les sources de données pour des travaux de mesure du rendement à l'avenir?

Méthodes détaillées

Au total, 139 documents publiés entre 2013 et 2017 ont été recensés à la suite de recherches systématiques dans les sites Web provinciaux et territoriaux à l'aide de termes normalisés (dont un essai, une révision et une répétition) et un ensemble de critères.

Validation des documents

Des listes des documents saisis ont été acheminées aux chercheurs et aux responsables de données en santé mentale et en toxicomanie de chaque province ou territoire, ainsi qu'aux membres du Groupe consultatif provincial territorial à des fins de validation et de suggestions de documents supplémentaires. Puis, 20 répondants ont validé les documents (et trois ont fourni des documents supplémentaires). Des documents de portée nationale ont été ajoutés à la suite de recherches sur les sites Web de neuf organisations, et les recherches très récentes sur la mesure du rendement ont été actualisées à l'aide de méthodes de revue rapide adaptées. Les documents internationaux ont été inclus suivant les recommandations de l'équipe de recherche.

Établissement des paramètres et du contenu du mappage

L'équipe de recherche a ensuite pris une décision par consensus relativement à l'inclusion ou l'exclusion des documents et des paramètres à des fins de comparaison. L'un des membres de l'équipe de recherche a eu recours à une analyse de contenu par ordre aléatoire pour le mappage du contenu des documents stratégiques provinciaux et territoriaux afin d'établir les paramètres.

Codification des documents stratégiques

Deux membres de l'équipe de recherche ont, de façon indépendante, codifié les deux documents de politique provinciaux et territoriaux jugés plus difficiles à codifier. Une discussion à cet égard et une décision par consensus s'en sont suivies. Les niveaux d'accord atteignaient 96 % et 92 % respectivement pour la codification stratégique de macroanalyse pour les deux paires de codeurs. Même dans ce cas, une variabilité substantielle planait relativement à la longueur et au format des documents, ainsi qu'aux termes utilisés. On devrait donc considérer les constatations comme des schémas généraux plutôt que des catégories précises. Les détails concernant les cadres ont été retirés et classés de façon plus précise. Les indicateurs ont été extraits, puis énumérés et classés.

Validation des constatations

On a consigné les constatations dans une ébauche de rapport. Les membres de l'équipe de recherche ont révisé l'ébauche et ajouté leurs commentaires. L'équipe a ensuite acheminé l'ébauche aux experts en la matière à l'échelle du pays (ainsi qu'à un expert à l'extérieur du Canada, mais ce dernier détenait préalablement une expérience en matière de mesure du rendement en santé mentale et en toxicomanie au Canada) à des fins d'examen et de réponse.

Les experts en la matière ont été choisis en fonction de leurs connaissances et leur expérience en matière d'évaluation du rendement et en contenu lié à la santé mentale et à la toxicomanie dans les neuf principales politiques prioritaires. L'équipe de recherche a d'abord envoyé l'ébauche à 26 experts en la matière et 20 ont accepté de l'examiner. La rétroaction a été recueillie sous la forme de 20 comptes rendus et des commentaires ont été recueillis par l'entremise d'un entretien avec l'un des experts en la matière. Le groupe comprenait des personnes qui, outre leur maîtrise du sujet, avaient des antécédents en matière de maladie mentale ou de toxicomanie ou sont les proches de personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Les experts en la matière ont répondu à un ensemble normalisé de questions ouvertes. Nous leur avons proposé une gratification à titre d'indemnisation pour leur temps. Les experts en la matière ont également proposé des articles et des documents scientifiques supplémentaires.

Tableau A. 1 : Documents stratégiques inclus dans le mappage

Province ou territoire	Titre, description	Année
Nunavut	Sivumut Abluqta: Stepping Forward Together	2014-18
Yukon	A Child and Youth Mental Health and Addictions Framework for the Yukon	2014
	Forward Together: Yukon Mental Wellness Strategy 2016-2026	2016
Territoires du Nord-Ouest	Mind and Spirit: Promoting Mental Health and Addictions Recovery in the Northwest Territories: Strategic Framework 2016-2021	2016
Saskatchewan	Working Together for Change: A 10-Year Mental Health and Addictions Action Plan for Saskatchewan	2014
Île-du-Prince-Édouard	Aller de l'avant ensemble : Stratégie relative à la santé mentale et à la toxicomanie 2016-2026	2016-26
Terre-Neuve-et-Labrador	Towards Recovery: A Vision for a Renewed Mental Health & Addiction System in NL	2017
	The Way Forward: Towards Recovery: The Mental Health and Addictions Action Plan for Newfoundland and Labrador	2017
Manitoba	Rising to the Challenge: A strategic plan for the mental health and well-being of Manitobans	2011 (plan quinquennal)
Nouveau-Brunswick	New Brunswick Family Plan: Supporting Those with Addictions and Mental Health Challenges	2017
Nouvelle-Écosse	Together We Can: The Plan to Improve Mental Health and Addictions Care for Nova Scotians	2012 (plan quinquennal)
Colombie-Britannique	A Path Forward: BC First Nations and Aboriginal People's Mental Wellness and Substance Use – 10 Year Plan	2013
	B.C.'s Mental Health and Substance Use Strategy 2017-2020	2017
Alberta	Valuing Mental Health: Report of the Alberta Mental Health Review Committee 2015	2015
	Valuing Mental Health: Next Steps	2017
Ontario	Esprit ouvert, esprit sain Stratégie ontarienne globale de santé mentale et de lutte contre les dépendances	2011 (stratégie sur 10 ans, dont

		une mise à jour en 2014)
	Meilleure santé mentale, meilleure santé en général	2015
	Meilleure santé mentale, meilleure santé en général : Aller de l'avant	2016
Québec	Faire ensemble et autrement : Plan d'action en santé mentale 2015 – 2020	2015

Questions pour les experts en la matière

1. Arguments en faveur d'un cadre pancanadien pour l'information et l'évaluation du rendement en matière de santé mentale

Dans la présente section, avons-nous adéquatement saisi les défis et les avantages liés à un cadre pancanadien pour l'évaluation du rendement et de l'information en matière de santé mentale? Existe-t-il d'autres développements en cours pour étayer ces travaux? Existe-t-il d'autres composantes principales nécessaires à l'élaboration d'un cadre pancanadien pour l'évaluation du rendement en matière de santé mentale?

2. Compréhension commune des principaux concepts

Avons-nous traité de tous les principaux concepts, essentiels à une compréhension commune? Y a-t-il des termes qui doivent être mieux définis? Existe-t-il d'autres modèles de santé mentale que nous n'avons pas mentionnés?

3. Définition de la portée, des dimensions et des indicateurs

Connaissez-vous tout autre processus exemplaire pour favoriser un consensus relativement aux principaux aspects d'un cadre ou des cadres eux-mêmes que nous aurions possiblement oubliés? Souhaitez-vous partager des apprentissages clés découlant de processus que vous avez menés ou auxquels vous avez participé?

4. Reconnaissance des principaux enjeux, et passer d'un cadre à un système

Y a-t-il d'autres enjeux clés absents de notre liste? Y a-t-il des obstacles ou des facteurs habilitants dans la mise en place d'un cadre pancanadien pour l'évaluation du rendement en matière de santé mentale?

5. Suggestions relatives aux indicateurs

Nous avons répertorié des indicateurs existants sur les plans du système et de la population depuis les cadres examinés. Nous prévoyons les inclure au mappage des priorités stratégiques dans le rapport final. À cette étape, les indicateurs que vous jugez importants selon vos domaines d'expertise nous intéressent. Aux fins de cet exercice, ces derniers sont notés ainsi : [PRIORITÉ STRATÉGIQUE POUR CHACUN]. Si vous ne considérez pas ce domaine comme celui de votre expertise, veuillez déterminer les indicateurs de tout autre secteur qui vous interpelle. Veuillez noter que l'identification des indicateurs existants **et** conceptuels nous intéresse. Nous recherchons trois ou quatre indicateurs (ou domaines d'évaluation) que vous jugez importants en tant que moteurs de changement pour le système de santé mentale ou indicateur d'une amélioration sur les plans du système ou de la population au Canada. Veuillez ajouter tout détail pertinent au besoin.

Description générale de l'indicateur	Type (disponible actuellement ou uniquement conceptuel)	Définition technique (si disponible)	Sources des données (actuelles ou éventuelles)

Les commentaires relatifs à tout autre aspect du rapport ou du projet sont les bienvenus.

Description des documents examinés

Le processus de mappage comprenait 19 documents stratégiques et 10 cadres (dont deux en cours d'élaboration). En outre, 22 documents provenant de 9 organisations nationales et 21 provenant de 6 pays différents étaient inclus (documents ou rapports au sujet d'initiatives internationales). L'équipe de recherche s'est procuré environ 56 articles tirés de la littérature de recherche, les a lus et a rédigé des notes. Les dates de publication d'environ 75 % des articles variaient de 2010 à 2018.

Enfin, des 10 cadres provinciaux et territoriaux, l'équipe de recherche a dressé une liste initiale de 270 indicateurs actuellement utilisés ou dont on propose l'usage. On a ensuite réduit cette liste à un ensemble unique de 182 indicateurs et un regroupement préliminaire classé selon les 9 priorités stratégiques ainsi que d'autres caractéristiques fréquemment citées dans la littérature. Les experts en la matière ont ensuite suggéré 68 indicateurs ou sujets d'indicateurs supplémentaires, que l'équipe a ajoutés à la liste, portant le total à 250 indicateurs. Une synthèse des renseignements, toutes sources confondues, a ensuite été effectuée et les constatations font l'objet, dans le rapport définitif, d'une discussion relativement à l'ensemble des cinq principales composantes conceptuelles pour l'élaboration d'un cadre d'évaluation du rendement figurant à la littérature.

Le mappage des priorités stratégiques s'est avéré difficile en raison des différences en matière de taille, du niveau de détails fournis et des termes employés dans les documents stratégiques. Toutefois, la plupart d'entre eux ont respecté un format semblable comprenant la définition d'un ensemble de priorités de haut niveau, et dans ces dernières, une plus longue liste de priorités détaillées (souvent appelées actions, stratégies ou orientations stratégiques) L'équipe de recherche a défini les principaux niveaux comme les « macro-priorités » et les « micro-priorités ». En cas de besoin d'un troisième niveau de priorité, l'équipe a écrasé les deuxième et troisième niveaux pour en faire un seul : les « micro-priorités ».

Le rapport définitif dresse une liste des 24 macro-priorités codifiées, leur définition et la fréquence à laquelle elles apparaissent dans les documents stratégiques provinciaux et territoriaux. Toutes les priorités pourraient être regroupées par des catégories comme les populations ou les services, mais l'équipe de recherche a choisi de former des sous-groupes sur le plan des micro-priorités, car le nombre de priorités (43) était supérieur. La liste allongée des micro-priorités et les listes croisées sont disponibles séparément.

ANNEXE B : Définitions – Détails supplémentaires

Santé mentale

Les définitions de la santé mentale et de la maladie mentale les plus fréquemment citées proviennent de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) :

- « La **santé mentale** est définie comme un état de bien-être dans lequel chaque personne réalise son propre potentiel, peut composer avec les facteurs de stress normaux de la vie, peut travailler de façon productive et fructueuse, et peut contribuer à sa collectivité. »
- « La **maladie mentale comprend** une vaste gamme de problèmes et différents symptômes. Ils sont toutefois caractérisés par une combinaison de pensées, d'émotions, de comportements et de relations atypiques. En voici quelques exemples: la schizophrénie, la dépression, les déficiences intellectuelles et la toxicomanie. On peut traiter la plupart de ces troubles ». » [traduction]

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) définit une bonne santé mentale comme : « ...la capacité qu'a chacun d'entre nous de ressentir, de penser et d'agir de manière à améliorer notre aptitude à jouir de la vie et à relever les défis auxquels nous sommes confrontés. » Dans le Modèle du continuum du mieux-être mental des Premières Nations, le « mieux-être mental » est défini comme :

*Le mieux-être mental consiste en un équilibre entre les aspects mental, physique, spirituel et émotionnel. Il y a renforcement de cet équilibre chez les individus qui ont : un **but** dans leur vie quotidienne, que ce but passe par l'éducation, l'emploi, la prestation de soins ou une façon d'être et de faire ancrée dans la culture; un **espoir** pour leur avenir et celui de leur famille découlant d'un sens d'identité, des valeurs autochtones uniques et la foi dans l'esprit; un **sentiment d'appartenance** et d'attachement à leur famille, à leur communauté et à leur culture; et finalement un **sentiment** et une compréhension de quelle façon leur vie et celles des membres de leur famille et de leur communauté s'inscrivent dans la création et dans une histoire riche³⁶.*

Il est possible de consulter, dans un recueil de ressources distinct, les diagrammes représentant les modèles conceptuels associés à ces définitions de la santé mentale et du bien-être mental.

Système de santé mentale

La définition du système de santé mentale n'est pas un mince exploit. Selon une définition de l'OMS de 2005 : « Un système de santé mentale se définit par toutes les activités dont le but principal est de promouvoir, de restaurer ou de maintenir la santé mentale ». [traduction]

Les approches en matière de définition des systèmes de santé mentale ont évolué considérablement depuis. Les définitions étaient initialement plus descriptives, axées sur un ensemble de composantes structurelles en matière de services de santé (p. ex. le projet lié à l'instrument d'évaluation des systèmes de santé mentale de l'OMS (WHO-AIMS) comprend plus de 50 éléments dans 3 domaines généraux, y compris des politiques, des lois et une discussion au sujet de l'importance de l'équité). Dans le cadre d'un projet parallèle (WHO-SAIMS), l'OMS a également développé un système pour le traitement des toxicomanies. Le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances

(CCDUS) contribue à ce système au nom du Canada. L'OMS, en collaboration avec l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDD), a également défini un continuum de traitement des toxicomanies.

Intégrer les déterminants sociaux de la santé et les perspectives de l'ensemble de la population

Le rapport du Comité permanent du Sénat intitulé « De l'ombre à la lumière. La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada », publié en 2006, n'a pas proposé de définition particulière du système de santé mentale. Il a plutôt affirmé qu'un tel « système » n'existe pas. Le rapport proposait plutôt une approche axée sur la santé de la population, dont une attention particulière accordée aux déterminants sociaux de la santé mentale. Le rapport exigeait une réorientation du système afin qu'il soit plutôt axé sur les personnes et le rétablissement. Sur le plan structurel, il favorisait l'utilisation du modèle du continuum des soins la santé mentale et le regroupement des services en trois catégories : les services de première ligne, les services intensifs et les services spécialisés, ainsi que les services transversaux, dont le logement, le travail et les mesures de soutien connexes.

En 2007, l'OMS a proposé un ensemble optimal de services, principalement axés sur les soins primaires, l'équilibre entre les soins communautaires et hospitaliers, les services informels et les autosoins. Elle a également élaboré le modèle de pyramide des services qui démontrait que la proportion des gens dont les besoins en santé mentale étaient faibles ou absents était grandement supérieure à celle des gens ayant des besoins élevés, ce qui reflétait plutôt une perspective axée sur l'ensemble de la population. Sur le plan de la santé mentale des enfants et des jeunes, le cadre Evergreen, proposé par la CSMC en 2010, mettait plutôt l'accent sur les activités de promotion et de prévention et les déterminants sociaux de la santé en tant que parties intégrantes du système.

Approches à volets multiples et modèles de soins par paliers

Plus récemment, une approche à volets multiples (habituellement à cinq volets, mais certaines variantes en comptent six) a gagné du terrain. Elle représente une véritable approche axée sur les besoins en santé de l'ensemble de la population, mais comprend également le concept du modèle de pyramide. Ces nouveaux modèles adoptent une approche conceptuelle ainsi qu'une approche structurelle, ce qui peut également s'avérer utile pour la conceptualisation d'outils d'évaluation du rendement et d'information.

Les modèles de soins par paliers des années 1990 reposaient principalement sur le système de soins de santé officiel, et initialement sur les conditions plus sérieuses et à long terme des adultes. Ces premiers modèles étaient plutôt conceptuels, et certains comprenaient les éléments de logement et d'emploi, reflétant une certaine évolution vers la considération des déterminants sociaux de la santé³⁹. Le chercheur australien Gavin Andrews a réalisé des travaux approfondis sur les composantes d'un modèle de soins par paliers et axés sur les besoins au Centre de collaboration OMS (le modèle Tolkien II). Le modèle reposait sur le traitement de troubles communs y compris les problèmes liés à l'usage de l'alcool.

Constatations du projet actuel

Lors du mappage transversal des documents stratégiques provinciaux et territoriaux, l'équipe de recherche a constaté une grande variation dans les termes et les concepts utilisés dans la discussion relative aux systèmes de santé mentale. Seule l'Île-du-Prince-Édouard a fourni, dans sa Stratégie relative à la santé mentale et à la toxicomanie 2016-2026 intitulée « Aller de l'avant ensemble : Stratégie relative à la santé mentale et à la toxicomanie », une définition précise du système de santé mentale comme étant « l'implication et la participation de tous à l'exécution des programmes et des services de santé mentale, notamment plusieurs ministères, organismes gouvernementaux et organisations communautaires. » [traduction]

Les modèles de services provinciaux et territoriaux manquaient d'uniformité; certains faisaient référence à des « soins intégrés », un « continuum de soins », un « cadre de soins communautaires », des « soins partagés ou en collaboration », une « cascade des soins », un « modèle du carrefour », un « modèle en réseau », une « prise en charge intégrée », des « soins par paliers » et un « modèle à volets multiples », sans toutefois proposer des définitions claires. Quelques documents de politique provinciaux et territoriaux proposaient des graphiques pour favoriser la conceptualisation de leurs systèmes. Ces derniers peuvent s'avérer utiles, en tout ou en partie, pour convenir d'une

description de service pour l'élaboration d'un cadre d'évaluation du rendement. Tous ces schémas sont disponibles comme ressources distinctes.

Définition des « services essentiels »

L'Ontario a récemment mené des travaux pour la définition des services essentiels (pour les adultes et les enfants/jeunes séparément), mais ce projet est toujours en cours d'élaboration. Pour les adultes, huit services essentiels sont répertoriés et définis : promotion, prévention et intervention précoce; information, accès et références; counseling et thérapie; soutien par les pairs et la famille; consultations et évaluations spécialisées; services de soutien en cas de crise; traitements et services intensifs; et mesures de soutien social et de logement.

Pour les enfants et les jeunes, un continuum de services et de mesures de soutien axé sur quatre niveaux de besoins, chaque niveau comprenant quatre à huit catégories, est établi, y compris un schéma connexe. En outre, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a récemment dressé une liste des services communautaires liés à des catégories principales, notamment l'évaluation, le traitement, l'éducation et les services de soutien.

Information relative à la santé mentale et à la toxicomanie

L'information relative à la santé mentale et à la toxicomanie constitue un terme global et comprend plusieurs types de données générales et descriptives liés à la santé mentale et à la maladie mentale. Par exemple, les taux de troubles fréquents, le nombre de lits d'hôpital et de professionnels de la santé mentale font souvent l'objet de suivis et de rapports par bon nombre de pays. Ces types de données descriptives ne sont toutefois pas souvent considérés comme suffisants pour informer les indicateurs du rendement.

ANNEXE C : Cadres d'évaluation du rendement de la santé mentale et des toxicomanies

Tableau C. 1 : Cadres d'évaluation du rendement provinciaux et territoriaux figurant au projet actuel (ainsi que leurs dimensions et domaines)

Titre du cadre	Portée (population couverte)	Dimension 1 / Domaines	Dimension 2 / Domaines	Dimension 3 ou supérieure / Domaines
<p><i>Colombie-Britannique</i> Waddell, Shepherd, Chen et Boyle Creating comprehensive children's mental health indicators for British Columbia (Création d'un ensemble complet d'indicateurs de la santé mentale des enfants de la Colombie-Britannique) 2013</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cadre fondé sur la santé de la population • Enfants et jeunes de la C.-B 	<p>Étapes de l'enfance</p> <ul style="list-style-type: none"> • Petite • Moyenne • Adolescence 	<p>Déterminants</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facteurs protecteurs • Facteurs de risque • Statut • Forces (croissance, résilience) • Difficultés (symptômes, invalidité, trouble) 	<p>Type d'intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> • Universelle • Ciblée • Clinique <p>Contextes et domaines</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfant • Social • Famille • Émotionnel • Quartier • Cognitif • École • Physique • Communauté • Nation • Culture
<p><i>Alberta</i> Alberta Health Services Performance of the Addictions and Mental Health System (Rendement du système de santé mentale et des toxicomanies de Services de santé de l'Alberta) 2014-15</p>	<p>Bénéficiaires des services de santé mentale de l'Alberta (de tous les âges)</p>	<p>Qualité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acceptabilité • Accessibilité • Sécurité • Pertinence • Efficacité • Efficience 		

Titre du cadre	Portée (population couverte)	Dimension 1 / Domaines	Dimension 2 / Domaines	Dimension 3 ou supérieure / Domaines
<p><i>Alberta</i> Services de santé de l'Alberta Performance Monitoring and Evaluation Framework (PerMEF) (Cadre d'évaluation et de surveillance du rendement) 2016-17 <i>EN COURS D'ÉLABORATION</i></p>	<p>Toute la population albertaine, peu importe son âge; bénéficiaires des services et l'ensemble de la population</p>	<p>Coordination des résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intermédiaire • Long terme • Ultime 		
<p><i>Ontario</i> Ministère de la Santé et des Soins de longue durée Conseil consultatif pour le leadership en santé mentale et en lutte contre les dépendances The Road to Demonstrating our Success: A Proposal to Develop a Comprehensive Data and Performance Measurement Strategy for the Mental Health and Addictions System in Ontario (La route vers le succès : Une proposition pour l'élaboration d'une stratégie complète en matière d'évaluation des données et du rendement du système de santé mentale et des toxicomanies de l'Ontario) 2016</p>	<p>Bénéficiaires d'âge adulte des services de santé mentale et des toxicomanies de l'Ontario, services initialement financés directement par le Ministère et le Réseau local d'intégration des services de santé</p>	<p>Qualité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Axé sur le client • Sécuritaire • Efficace • Opportun • Efficient • Équitable 		

Titre du cadre	Portée (population couverte)	<i>Dimension 1 /</i> Domaines	<i>Dimension 2 /</i> Domaines	<i>Dimension 3 ou supérieure /</i> Domaines
<p><i>Ontario</i> Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES) / Qualité des services de santé Ontario</p> <p>Faire le point : Un rapport sur la qualité des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances en Ontario 2015</p>	<p>Toute la population ontarienne, peu importe son âge</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prévalence • Accès • Utilisation des services 		
<p><i>Ontario</i> ICES</p> <p><i>The mental health of children and youth in Ontario: Baseline Scorecard (La santé mentale des enfants et des jeunes en Ontario : feuille de pointage de référence)</i> Rapports de 2015 et 2017</p>	<p>Les enfants et les jeunes ontariens bénéficiaires des services de trois ministères, il est plutôt ici question de traitement et non de la promotion de la santé.</p>	<p>CONTEXTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prévalence • Utilisation du système • Résultats <p>2017 : Soins</p>	<p>Rendement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accès • Qualité • Dépistage précoce <p>Réponse du système</p>	<p>Équitable</p> <p>Équitable</p>
<p><i>Québec</i> Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et le Commissaire à la santé et au bien-être</p> <p>Rapport sur les Indicateurs de Performance en santé mentale 2012</p>	<p>Toute la population québécoise, peu importe son âge</p>	<ul style="list-style-type: none"> • État de la santé mentale • Adaptation • Production 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau d'analyse • International • Interprovincial • Interrégional 	

Titre du cadre	Portée (population couverte)	<i>Dimension 1 /</i> Domaines	<i>Dimension 2 /</i> Domaines	<i>Dimension 3 ou supérieure /</i> Domaines
<i>Québec</i> INSPQ et Institut de la statistique du Québec (ISQ) Portrait statistique de la santé mentale des Québécois 2015	Population québécoise de 15 ans et plus	<ul style="list-style-type: none"> • Santé mentale/ bien-être • Détresse et stress • Troubles mentaux • Consommation de substances ou dépendance à ces dernières • Situations et contextes problématiques • Santé physique • Déterminants de santé • Incapacité et limitation d'activité • Médicaments et utilisation des services • Données sociodémographiques 		
<i>Nouveau-Brunswick</i> Conseil de santé du Nouveau-Brunswick. Reporting and Action on Mental Health Data (Rapport sur les données en matière de santé mentale et actions connexes) 2017	Modèle fondé sur la santé de la population; toute la population néo-brunswickoise	Domaines <ul style="list-style-type: none"> • Coûts • Satisfaction • Qualité 	Qualité <ul style="list-style-type: none"> • Sécurité • Accessibilité • Pertinence • Équitable • Efficience • Efficacité 	Autres paramètres du cadre de responsabilisation : <ul style="list-style-type: none"> • Contexte • Résultats et demande

Titre du cadre	Portée (population couverte)	<i>Dimension 1 /</i> Domaines	<i>Dimension 2 /</i> Domaines	<i>Dimension 3 ou supérieure /</i> Domaines
<i>Newfoundland and Labrador</i> Newfoundland and Labrador Centre for Health Information (NLCHI) Mental Health and Addictions Programs Performance Indicators (Indicateurs de rendement des programmes de santé mentale et de toxicomanie) 2017	Bénéficiaires des services de santé mentale de tous les âges	<ul style="list-style-type: none"> • Qualité • Sécurité • Accès • Utilisation • Efficience • Dépenses • Résultats de santé 		

ANNEXE D : Critères et processus de sélection des indicateurs provinciaux et territoriaux

Tableau D. 1 : Critères et processus de sélection des indicateurs par province ou territoire

Titre du cadre	Processus de sélection des indicateurs utilisé(s)	Critères de sélection	Observations générales
<p><i>Colombie-Britannique</i> Waddell, Shepherd, Chen et Boyle Creating Comprehensive Children’s Mental Health Indicators for British Columbia (Création d’un ensemble complet d’indicateurs de la santé mentale des enfants de la Colombie-Britannique) 2013</p>	<p>Processus à grande échelle nécessitant la participation des intervenants, dont les décideurs et les jeunes, des revues de la littérature, des ateliers avec les experts en la matière à des fins de validation et processus Delphi en trois étapes, documentation technique</p>	<p>Principes directeurs et modèle à deux dimensions pour les critères de sélection Perspective stratégique / caractère significatif <i>Selon les décideurs, l’indicateur est, sur le plan conceptuel, cohérent et pertinent aux objectifs de politique publique</i> Perspective de recherche / caractère significatif <i>L’indicateur reflète les données probantes découlant de la recherche sur les mesures fiables et valides des déterminants et du statut</i> Perspective stratégique / caractère pragmatique <i>L’indicateur reflète une variable qui peut être modifiée par des interventions de politique publique</i> Perspective de recherche / caractère pragmatique <i>L’indicateur découle de données publiques accessibles permettant une évaluation et la production de rapports connexes en continu</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de développement de nouveaux indicateurs ou de collecte de données à des fins de production de rapports, mais identification d’indicateurs après l’élaboration d’un cadre conceptuel, ainsi que de lacunes sur le plan des mesures existantes pour ensuite formuler des recommandations relativement au développement. • Lié à un processus plus général de production de rapports en matière de santé publique sur le bien-être des enfants et les jeunes

Titre du cadre	Processus de sélection des indicateurs utilisé(s)	Critères de sélection	Observations générales
<p><i>Alberta</i> Services de santé de l'Alberta Performance of the Addictions and Mental Health System (Rendement du système de santé mentale et des toxicomanies de Services de santé de l'Alberta) 2014-15</p>	<p>Évolution sur 7 années, participation des principaux intervenants</p>	<p>Travaux opérationnels réguliers, importance de la disponibilité puisqu'il s'agit d'un système de production de rapports périodiques</p>	<p>Cette initiative produit des rapports depuis sept ans.</p>
<p><i>Alberta</i> Services de santé de l'Alberta Performance Monitoring and Evaluation Framework (PerMEF) (Cadre d'évaluation et de surveillance du rendement) 2016-17 <i>EN COURS</i> <i>D'ÉLABORATION</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revue de la littérature pour les indicateurs initiaux; cinq séances de consultations à grande échelle, ainsi qu'une sixième avec les intervenants autochtones • Rétroaction systématique recueillie pour chaque indicateur 	<p>Questions posées aux participants relativement à l'importance, la validité, la pertinence, la faisabilité et la susceptibilité de conséquences inattendues; aucune production de rapport à ce jour</p>	<p>À l'heure actuelle, davantage de travaux sont effectués afin d'établir un processus pour les prochaines étapes, applicable à l'ensemble du système, plus inclusif et fondé sur les principes : harmonisés, ciblés, inclusifs, collectifs, axés sur les données et itératifs</p>

Titre du cadre	Processus de sélection des indicateurs utilisé(s)	Critères de sélection	Observations générales
<p><i>Ontario</i> Ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le Conseil consultatif pour le leadership en santé mentale et en lutte contre les dépendances</p> <p>The Road to Demonstrating our Success: A Proposal to Develop a Comprehensive Data and Performance Measurement Strategy for the Mental Health and Addictions System in Ontario (La route vers le succès : Une proposition pour l'élaboration d'une stratégie complète en matière d'évaluation des données et du rendement du système de santé mentale et des toxicomanies de l'Ontario) 2016</p>	<p>Important processus de consultation comprenant plusieurs étapes, avec plusieurs intervenants, y compris une approche modifiée Delphi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Indicateurs proposés classés selon leur importance, leur pertinence, leur pragmatisme, leur possibilité d'interprétation • Les considérations comprenaient également une harmonisation à l'échelle de tous les systèmes ainsi que les domaines de rendement intersectoriels et de Qualité des services de santé Ontario • En outre, un ensemble de principes directeurs : à l'échelle du continuum, enraciné dans la qualité, l'équité, la validité, élaborés en partenariat et à des fins d'enrichir les normes en matière de soins 	<p>La seule initiative proposant un système électronique de collecte des données entièrement intégré, pour tous les paramètres, y compris tous les niveaux, les rôles et les responsabilités, selon une approche par étapes; comprend actuellement des estimations de coûts : nécessite 24 millions de dollars au démarrage et pour les trois premières années, ainsi que 8 millions de dollars annuellement par la suite pour les coûts d'exploitation</p>
<p><i>Ontario</i> Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES) / Qualité des services de santé Ontario</p> <p>Taking Stock – A report on the quality of MHA services in Ontario 2015 (Faire le point : Un rapport sur la qualité des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances en Ontario) 2015</p>	<p>Élaboré par une équipe multidisciplinaire établie conjointement par ICES et Qualité des services de santé Ontario</p>	<p>Aucune production de rapports, mais les données disponibles sont importantes</p>	<p>Processus lié au document initial de politique en matière de santé mentale initial (2011)</p>

Titre du cadre	Processus de sélection des indicateurs utilisé(s)	Critères de sélection	Observations générales
<p><i>Ontario</i> ICES The mental health of children and youth in Ontario: Baseline Scorecard (La santé mentale des enfants et des jeunes en Ontario : feuille de pointage de référence) Rapports de 2015 et 2017</p>	<p>Élaboré par une équipe de recherche de l'ICES à l'aide de conseils formulés par un comité consultatif scientifique</p>	<p>Disponibilité des données; contraintes en matière de données et identification de lacunes</p>	<p>Processus lié au document initial de politique en matière de santé mentale initial (2011)</p>
<p><i>Québec</i> Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et le Commissaire à la santé et au bien-être Rapport sur les Indicateurs de Performance en santé mentale 2012</p>	<p>Comité composé de sept chercheurs</p>	<p>Tiré de plusieurs sources en raison de la disponibilité, de la validité, de la stabilité et de la pertinence</p>	<p>Aucun commentaire ou lien à une politique particulière</p>
<p><i>Québec</i> INSPQ et ISQ Portrait statistique de la santé mentale des Québécois 2015</p>	<p>Comité composé de 12 chercheurs</p>	<p>Données disponibles pour le Québec tirées des éditions de 2002 à 2012 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes</p>	<p>Aucun commentaire ou lien à une politique particulière</p>
<p><i>Nouveau-Brunswick</i> Conseil de santé du Nouveau-Brunswick. Reporting and Action on Mental Health Data (Rapport sur les données en matière de santé mentale et actions connexes) 2017</p>	<p>Groupe de travail de Santé Canada en plus des groupes linguistiques francophones et anglophones, Centre de formation médicale du N.-B.; ICIS et le grand public</p>	<p>En cours; intégration de plusieurs sources d'indicateurs dans le cadre de responsabilisation – certains indicateurs ont servi à produire des rapports, notamment des cartes à des fins de distribution géographique</p>	<p>L'accent est mis sur l'identification de problèmes de santé à des fins d'amélioration avec l'aide des intervenants locaux</p>

Titre du cadre	Processus de sélection des indicateurs utilisé(s)	Critères de sélection	Observations générales
<p><i>Terre-Neuve-et-Labrador</i> Newfoundland and Labrador Centre for Health Information (NLCHI) Centre d'information sur la santé de Terre-Neuve-et-Labrador.</p> <p>Mental Health and Addictions Programs Performance Indicators (Indicateurs de rendement des programmes de santé mentale et de toxicomanie) 2017</p>	<p>Les chefs de programmes et de services ont fourni des commentaires relativement à la pertinence des domaines</p>	<p>L'accent est mis sur la production de rapports; le critère principal était donc la disponibilité, mais on a également eu recours aux indicateurs nationaux de l'ICIS</p>	<p>Semble s'harmoniser au Plan stratégique du ministère de la Santé et des services communautaires</p>

ANNEXE E : Liste des ressources supplémentaires

Les ressources supplémentaires ci-dessous ont été compilées à des fins d'utilisation future.

- Définitions et schémas de modèles
- Mappage transversal des priorités stratégiques en matière de santé mentale et de toxicomanie provinciales et territoriales (macro-priorités)
- Mappage transversal des priorités stratégiques en matière de santé mentale et de toxicomanie provinciales et territoriales (micro-priorités)
- Liste d'indicateurs selon leur classification préliminaire



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

T: 613.683.3755
F: 613.798.2989

info@commissionsantementale.ca
www.commissionsantementale.ca

[@MHCC_](https://twitter.com/MHCC_) [f/theMHCC](https://www.facebook.com/theMHCC) [@/1MHCC](https://www.youtube.com/channel/UC1MHCC) [@theMHCC](https://www.instagram.com/theMHCC)
[in/Mental Health Commission of Canada](https://www.linkedin.com/company/mental-health-commission-of-canada)