

Impact des facteurs structurels et des processus de travail des équipes sur les personnes utilisatrices de trois réseaux locaux de services en santé mentale dans un contexte de réforme

Marie-Josée Fleury
Université McGill

Guy Grenier, et Jean-Marie Bamvita
Douglas Institut universitaire en santé mentale

Catherine Vallée
Université Laval

Lambert Farand
Université de Montréal

François Chiocchio
Université d'Ottawa

Marie-Josée Fleury, Ph. D., professeure titulaire, Université McGill, Département de psychiatrie, chercheuse, Douglas Institut universitaire en santé mentale-centre de recherche ; Guy Grenier, Ph. D., chercheur associé, Douglas Institut universitaire en santé mentale-centre de recherche ; Jean-Marie Bamvita, M.D., Ph. D., agent de recherche, Douglas Institut universitaire en santé mentale-centre de recherche ; Catherine Vallée, Ph. D., professeure agrégée, Département de réadaptation, Université Laval ; Lambert Farand, M.D., Ph. D., professeur agrégé, École de Santé publique, Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé, Université de Montréal ; François Chiocchio, Ph. D., professeur agrégé, École de gestion Telfer, Université d'Ottawa.

Pour toute correspondance concernant cet article, s'adresser à Marie-Josée Fleury, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Douglas Institut universitaire en santé mentale, 6875, boul. LaSalle, Montréal (Québec), Canada, H4H 1R3. Tél.: 514-761-6131 poste: 4344. Courriel : flemar@douglas.mcgill.ca <http://douglas.research.mcgill.ca>

RÉSUMÉ

Cet article explore l'impact des structures et processus de travail des équipes sur les personnes utilisatrices dans trois réseaux de services en santé mentale du Québec dans un contexte de réforme. Des coordonnateurs ($N = 41$), professionnels de soins ($N = 311$) et des personnes utilisatrices ($N = 327$) ont été sondés. Les effets sur les personnes utilisatrices dans le troisième réseau, semi-urbain, sont similaires à ceux du premier réseau, urbain et mieux nanti. L'autonomie d'équipe, la participation décisionnelle et des interactions avec les partenaires du réseau peuvent contribuer à améliorer la continuité des services, la qualité de vie et le rétablissement des personnes utilisatrices malgré un financement moindre.

Mots clés : santé mentale, réforme, processus de travail des équipes, rétablissement, qualité de vie, continuité des services, adéquation de l'aide reçue

ABSTRACT

This article explores the impact of structures and team processes on service users in three Quebec mental health service networks in a context of reform. Managers ($N = 41$), healthcare professionals ($N = 311$) and services users ($N = 327$) were surveyed. Service user outcomes, in the third network, semi-urban, were similar to those of the first one, urban and better financed. Team autonomy, involvement in decision-making and interactions with network partners may help to improve service continuity, quality of life and recovery of services users despite lower funding.

Keywords: mental health, reform, inter-professional collaboration (team work), recovery, quality of life, continuity of care, met needs

Au cours des deux dernières décennies, la plupart des pays industrialisés ont procédé à de vastes réformes de leur système de santé mentale (SM) (Griffiths, Mendoza, & Carron-Arthur, 2015 ; Hogan, 2014 ; Hurley & Linsley, 2006 ; Nicaise, Dubois, & Lorant, 2014) afin d'améliorer l'accessibilité, la qualité ainsi que la continuité des services auprès des personnes ayant des troubles mentaux (TM). Le Québec s'est inscrit dans cette mouvance avec son Plan d'action en santé mentale (PASM) 2005-2010, réitéré jusqu'en 2015 (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005). Le PASM préconisait l'implantation d'un guichet d'accès dans tous les réseaux de plus de 50 000 habitants et la création dans chaque centre de santé et de services sociaux (CSSS) d'équipes de première ligne en SM, chargées principalement de la prise en charge des TM courants. Afin d'améliorer la qualité des soins, des soins partagés étaient aussi promus, avec la création de la fonction de psychiatre répondant, chargé d'offrir du soutien aux omnipraticiens et aux équipes de SM des CSSS. L'implantation de pratiques cliniques fondées sur des données probantes était aussi recommandée ; pour en favoriser le déploiement, un Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) a été créé en 2008, offrant des activités de formation et de consultation pour les professionnels en SM. Dans le but d'améliorer la continuité des soins, particulièrement dans le cas des TM graves, le CSSS de chaque réseau était chargé d'accroître la collaboration entre dispensateurs de services par l'entremise de diverses stratégies d'intégration telles que des ententes de services, des agents de liaison et l'ajout d'intervenants pivots (Fleury *et al.*, 2016 ; Vallée *et al.*, 2009).

Le rétablissement des personnes utilisatrices (PU) est l'élément central du PASM; les services ayant pour objectifs d'améliorer leur qualité de vie et de répondre le plus possible à leurs besoins diversifiés. Les caractéristiques du profil des PU associées au succès des traitements en SM ont été largement décrites dans les écrits scientifiques. Ainsi, une meilleure continuité des services est associée à une faible sévérité des symptômes, à l'absence d'abus d'alcool ou de pensées suicidaires, à un meilleur fonctionnement social et à une meilleure qualité de vie (Adair *et al.*, 2005). D'autres facteurs influencent aussi le rétablissement tels qu'une adéquation de l'aide aux besoins (Bitter, Roeg, van Nieuwenhuizen, & van Weeghel, 2016). Une association a été démontrée entre une mauvaise qualité de vie chez les personnes ayant des TM graves et un second diagnostic tel qu'un trouble de l'humeur (Cramer, Torgersen, & Kringlen, 2010; Evans, Huxley, & Priebe, 1999; Narvaez, Twamley, McKibbin, Heaton, & Patterson, 2008) ou un trouble anxieux (Huppert, Weiss, Lim, Pratt, & Smith, 2001). L'absence de troubles liés à l'utilisation de substance (TUS) (Lam & Rosenheck, 2000), un nombre réduit de besoins sérieux (Hansson & Bjorkman, 2007; Lasalvia *et al.*, 2007) et une plus grande utilisation des services (Lam & Rosenheck, 2000) sont d'autres facteurs prédisant une meilleure qualité de vie. Plusieurs études ont établi un lien entre l'adéquation de l'aide à répondre aux besoins et une meilleure qualité de vie (Hansson *et al.*, 2003; Slade *et al.*, 2004; van Busschbach & Wiersma, 2002) et le rétablissement (Junghan, Leese, Priebe, & Slade, 2007).

Toutefois, peu d'études ont relié les effets positifs des services sur la santé (p. ex. rétablissement, qualité de vie, continuité des soins, adéquation de l'aide) à la performance d'un réseau en tenant compte de la structure organisationnelle (p. ex. culture, utilisation de stratégies d'intégration) et des processus reliés au travail des équipes. La diversité des besoins (p. ex. symptômes psychotiques, logement, alimentation) des personnes vivant avec des TM nécessite l'aide de plusieurs dispensateurs de services (publics, communautaires et privés), d'où l'importance d'une collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle adéquate pour éviter les duplications ou ruptures de services (Provan & Milward, 1994). Les caractéristiques du réseau et des activités accomplies par les équipes soignantes (Provan & Milward, 1995) devraient ainsi expliquer les effets des services sur les PU. Les caractéristiques structurelles comprennent divers aspects telles que l'accessibilité et l'intégration des services (Ravelli, Buwalda, Slooff, Schrijvers, & van Engeland, 2003). Par ailleurs, la qualité des services repose sur la capacité de différents intervenants à travailler efficacement au sein d'une même équipe (Deneckere *et al.*, 2011; Korner *et al.*, 2016). La performance d'une équipe est ainsi associée à des facteurs tels que l'autonomie (Langfred & Moye, 2004), le partage et l'intégration des connaissances (Bock & Kim, 2002; Quigley, Tesluk, Locke, & Bartol, 2007) ainsi qu'à la participation aux décisions (Chiocchio, Grenier, O'Neill, Savaria, & Willms, 2012). Selon le modèle de Donabedian (Donabedian, 1973), la structure organisationnelle contribue aux processus qui, à leur tour, influencent les effets sur la santé des PU (Bainbridge, Brazil, Krueger, Ploeg, & Taniguchi, 2010). S'inspirant de ce modèle, cette étude descriptive a pour objectif d'explorer l'impact de la structure organisationnelle et des processus de travail des équipes sur les PU dans trois réseaux locaux de services en SM, dans un contexte de réforme.

MÉTHODOLOGIE

Description des réseaux

Les trois réseaux locaux sélectionnés ont été choisis en fonction de leur disparité territoriale (métropolitain, urbain, semi-urbain), de leurs caractéristiques sociodémographiques, de l'organisation et de la diversité de leurs services de SM (en soins primaires et en services spécialisés), de la présence ou non d'un institut universitaire en santé mentale (IUSM) et de leur degré de déploiement de bonnes pratiques et de stratégies d'intégration. Le réseau 1 comptait environ 275 000 habitants, dont une proportion très élevée d'individus à faible revenu (22 % des familles du territoire contre 5 % pour Montréal et 13 % pour le Québec). Ce réseau était pourvu d'un IUSM offrant des services spécialisés, de plusieurs organismes communautaires offrant des services de SM (centres de crise, centres de jour, groupes d'entraide, ressources d'hébergement), de cliniques médicales et de psychologues pratiquant en cabinets privés. Le réseau 2 était le plus peuplé (400 000 habitants) et avait un ratio de population à faible revenu (5 %) nettement inférieur à la moyenne québécoise. Il était lui aussi pourvu d'un IUSM et d'un nombre important de dispensateurs de services. Le réseau 3 était un territoire semi-urbain situé dans une région périphérique de 75 000 habitants dont le pourcentage de familles à faible revenu (10 %) était inférieur à la moyenne québécoise. Les services spécialisés étaient offerts par un centre hospitalier général. Les dépenses publiques régionales en SM par habitant y étaient nettement inférieures à la moyenne québécoise et plus particulièrement à celles des deux autres territoires (125,76 \$ par habitant, contre 210,70 \$ pour le réseau 1, et 207,70 \$ pour le réseau 2).

Sélection des répondants

Cette étude exploratoire a sollicité trois types de répondants : des coordonnateurs d'équipe de SM, des professionnels œuvrant dans ces équipes et des PU. Un comité avisé, composé d'acteurs clés de chacun des réseaux, a identifié les coordonnateurs des équipes de SM qui ont ensuite recensé les professionnels admissibles, c.-à-d. faisant partie d'une équipe de SM (primaire ou spécialisé) composée d'au moins trois membres provenant d'au moins deux disciplines (p. ex. soins infirmiers, travail social). Un total de 49 équipes en SM furent identifiées : 32 équipes (65 %) en services spécialisés (ESS) — soit 25 en services externes (hôpitaux de jour, cliniques externes, suivi intensif et suivi d'intensité variable, réadaptation) et 7 en services internes (hospitalisation) — et 17 (35 %) équipes de soins primaires (ESP). Vingt-quatre équipes (49 %) étaient localisées dans le réseau 1, contre 17 (35%) dans le réseau 2 et 8 (16 %) dans le réseau 3.

Diverses stratégies (dépliants et affiches dans les hôpitaux et centres locaux de services communautaires [CLSC], séances d'information auprès des intervenants et dans les ressources d'hébergement, etc.) furent utilisées pour recruter les PU. Celles qui démontraient un intérêt pour le projet pouvaient communiquer avec l'équipe de recherche ou être référées par l'un de leurs intervenants. Elles devaient être âgées entre 18 et 70 ans, avoir reçu un diagnostic répertorié dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition* (DSM-5) et être aptes à consentir à l'étude. Les personnes dont l'état clinique était trop instable, aux prises avec une déficience intellectuelle sévère ou recevant un traitement psychiatrique en vertu d'une ordonnance judiciaire, n'étaient pas admissibles à l'étude.

Description des instruments

L'étude reposait sur une série de questionnaires remplis respectivement par les trois catégories de répondants. Le questionnaire rempli par les coordonnateurs des équipes de SM incluait 252 items et couvrait les dimensions suivantes : caractéristiques du coordonnateur, des usagers et de l'équipe ; culture organisationnelle ; activités cliniques ; stratégies d'intégration ; fréquence et satisfaction des interactions avec les autres équipes ou organisations. Les dimensions suivantes ont été retenues pour le premier volet qui s'intéressait à la structure organisationnelle : 1) le degré d'utilisation d'outils cliniques (p. ex. grilles d'évaluation ou de dépistage des TM) ; 2) le degré d'utilisation d'approches cliniques éprouvées (p. ex. thérapie cognitivo-comportementale, entrevue motivationnelle) ; 3) le degré d'utilisation de stratégies d'intégration (p. ex. ententes de services, formation conjointe) ; 4) la fréquence d'interactions avec les autres équipes ou organisations du réseau ; 5) le degré de satisfaction quant à ces interactions ; 6) l'appréciation des services offerts dans le réseau local ; et 7) la culture organisationnelle (4 types : clan, hiérarchie, adhocratie, de marché ; Figure 1). Les six premières dimensions ont toutes été mesurées avec des échelles de Likert à cinq points, et des scores globaux ont été calculés. La culture organisationnelle était mesurée avec une série de six questions, où 100 points étaient distribués parmi quatre choix possibles (Cameron & Quinn, 2006) ; (Tableau 1).

Le questionnaire destiné aux professionnels couvrait lui aussi 252 items, incluant neuf questions portant sur les caractéristiques individuelles ainsi que 17 échelles standardisées. Huit dimensions provenant de ces échelles standardisées ont été considérées pour le second volet portant sur les processus de travail des équipes : 1) la familiarité avec les autres membres de l'équipe ; 2) la croyance envers les bénéfices de la collaboration interdisciplinaire ; 3) l'autonomie de l'équipe ; 4) la participation aux processus décisionnels ; 5) la promotion du rétablissement ; 6) le partage ; 7) l'intégration ; ainsi que 8) la production de connaissance ; et 9) la performance (en termes de tâches et d'adaptation ; Figure 1). À l'exception de l'échelle évaluant la croyance envers les bénéfices de la collaboration interdisciplinaire, produite originellement en langue française, toutes ces échelles ont été traduites et validées en français. Chacune de ces dimensions a été calculée avec une échelle de Likert à 7 points. À l'exception de la performance dont le score global a été retenu, les totaux de chacun des processus de travail des équipes ont été divisés par leur nombre d'items respectifs, pour donner un score allant de 1 à 7. Le tableau 1 montre les items couverts par ces échelles standardisées, ainsi que leur alpha de Cronbach au moment de leur validation originale.

Les PU ont pour leur part été invitées à compléter huit questionnaires standardisés. À l'exception du *Montreal Assessment of Needs Questionnaire*, initialement produit en français, tous ces questionnaires ont été traduits et validés en français. Les versions françaises ont été généralement utilisées, sauf à de rares exceptions où la PU était plus à l'aise avec la version anglaise. Six instruments ont été retenus pour le volet 3, qui portait sur les effets des services sur les PU. Le tableau 1 montre les items couverts par ces questionnaires ainsi que leur alpha de Cronbach au moment de leur validation originale.

Collecte des données

Les questionnaires qui devaient être complétés par les coordonnateurs et les professionnels furent expédiés par courriel ou par la poste, accompagnés d'un formulaire de consentement. Pour leur part, les PU étaient invitées à remplir les questionnaires en deux séances, à une semaine d'intervalle, assistées par un

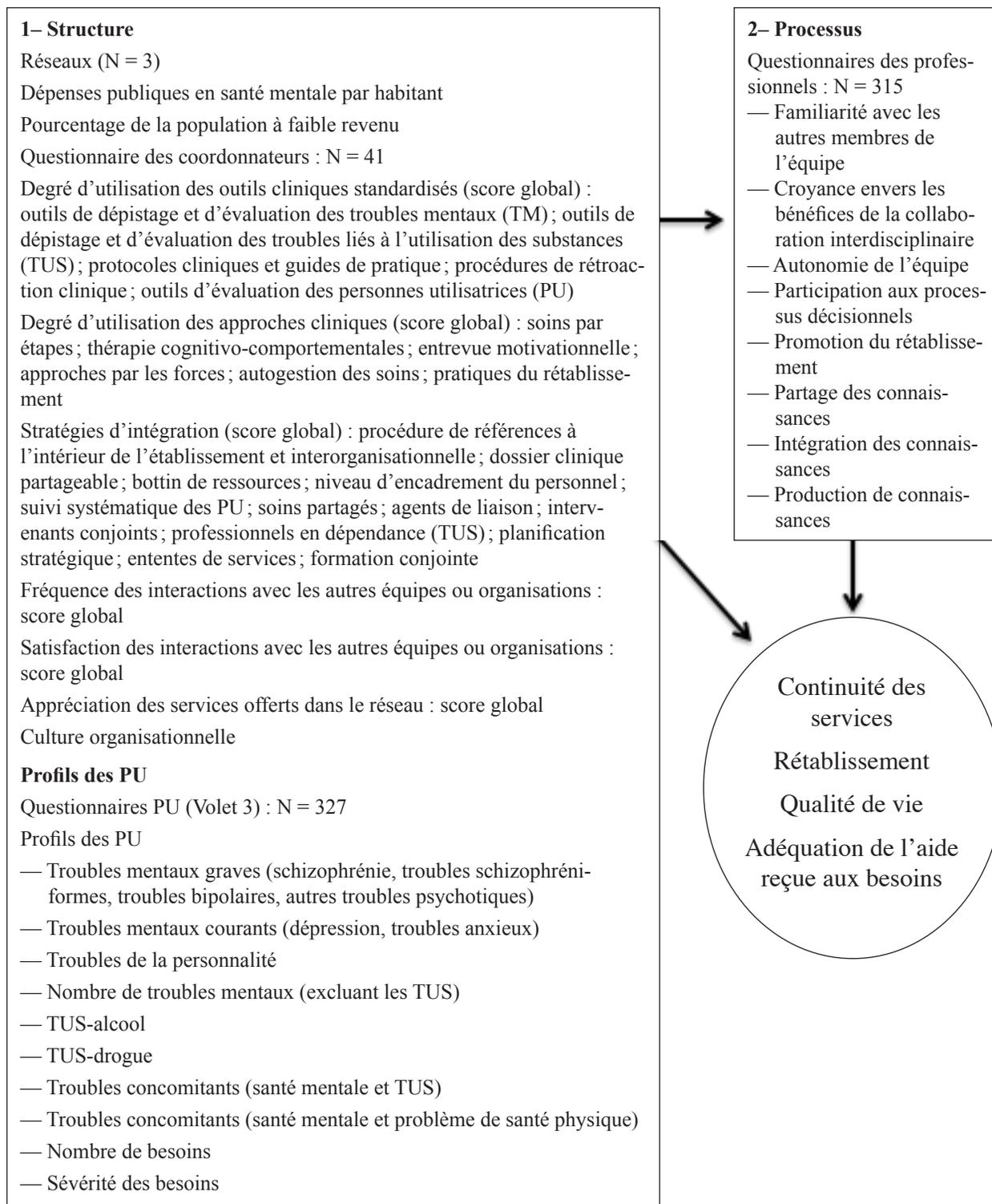
Figure 1**Modèle conceptuel**

Tableau 1

Description des questionnaires standardisés

Mesure	Références	Description	Alpha de Cronbach au moment de la validation initiale
Structures organisationnelles (Coordinateurs)			
Culture organisationnelle	(Cameron & Quinn, 2006)	6 items Échelle : 100 points par items répartis en 4 choix Résultats : 0 à 600 Plus élevé : culture dominante	N/A
Processus de travail d'équipe : (Professionnels)			
Familiarité avec les autres membres de l'équipe	(Maynard, 2007)	5 items	0,78-0,88
Croyance envers les bénéfices de la collaboration interdisciplinaire	(Sicotte, D'Amour, & Moreault, 2002)	5 items	0,92
Autonomie de l'équipe	(Campion, Papper, & Medsker, 1996)	3 items	0,76
Participation aux processus décisionnels	(Campion <i>et al.</i> , 1996)	3 items	0,88
Promotion du rétablissement	(O'Connell, Tondora, Croog, Evans, & Davidson, 2005)	32 items; 5 sous-dimensions	0,76-0,90
Partage des connaissances	(Bock, Zmud, Kim, & Lee, 2005)	5 items	0,93
Intégration des connaissances	(Song & Xie, 2000)	9 items	0,95
Production de connaissances	(Bock <i>et al.</i> , 2005)	5 items	0,95
Performance (tâches et adaptation)	(Griffin, Neal, & Parker, 2007)	18 items	0,90
Effets sur les personnes utilisatrices (Personnes utilisatrices - PU)			
Troubles de l'utilisation de substances (TUS) — Alcool (AUDIT)	(Accietto, 2003)	10 items Échelle : (1 à 5) Résultats : 10 à 50 Plus élevé = négatif	0,88
TUS-Drogues (DAST-20)	(Carey, Carey, & Chandra, 2003)	20 items Échelle : 0 à 1 Résultats : 0 à 20 Plus élevé = négatif	0,74
Continuité des services (<i>Alberta Continuity of Services Scale for Mental Health</i>)	(Durbin, Goering, Streiner, & Pink, 2004)	43 items Échelle : 1 à 5 Résultats : 43 à 215 Plus élevé = positif	0,78-0,92

Tableau 1
suite

Mesure	Références	Description	Alpha de Cronbach au moment de la validation initiale
Adéquation de l'aide reçue aux besoins (<i>Montreal Assessment of Needs questionnaire</i>)	(Roux, Passerieux, & Fleury, 2016)	26 items Échelle : 0 à 10 (Quantité et qualité) Résultats : 0 à 520 Plus élevé=positif	0,91
Qualité de vie (<i>Satisfaction with the life domain scale</i>)	(Caron, Mercier, & Tempier, 1997)	20 items Échelle : 1 à 7 Résultats : 20 à 140 Plus élevé = positif	0,92
Rétablissement (<i>Recovery Assessment Scale</i>)	(Giffort, Schmook, Woody, Vollendorf, & Gervain, 1995)	41 items Échelle : (1 à 5) Résultat : 41 à 205 Plus élevé = positif	0,93

membre de l'équipe de recherche. De plus, dès la première rencontre, les PU accordaient leur consentement à ce que l'équipe de recherche accède à leur dossier médical. La collecte des données auprès des coordonnateurs a eu lieu entre octobre 2013 et juin 2014, celle des professionnels entre mai et novembre 2013, et celle des PU entre juin 2013 et août 2014. Un certificat d'approbation éthique pour cette étude a été entériné par le comité d'éthique d'un IUSM.

Stratégies d'analyse

Les valeurs moyennes de chacune des variables individuellement furent calculées et un score moyen fut établi. Des analyses bivariées furent effectuées à l'aide d'un test F (Anova) avec une valeur alpha définie de 0,5 (significativement associée) à 0,10 (tendance). Les assomptions de normalité ont été vérifiées pour toutes les variables en utilisant les tests d'asymétrie (*skewness*) et d'aplatissement (*kurtosis*), qui ont tous deux fourni des coefficients inférieurs à 0,90.

RÉSULTATS

Structure organisationnelle ; perception des coordonnateurs des équipes de SM des trois réseaux

Des 49 coordonnateurs d'équipes en SM sollicités, 41 (84 %) ont participé à l'étude. Aucune différence significative n'a été établie entre les participants et les non-participants selon leur sexe [$\chi^2(1, N = 79) = 0,966; p = 0,66$] et le type d'équipes [$\chi^2(1, N = 79) = 1,86; p = 0,24$]. La plupart des coordonnateurs provenaient des réseaux 1 ou 2 (41 % chacun) et 17 % du réseau 3. La majorité d'entre eux (62 %) coordonnaient des équipes de services spécialisés (ESS) et 38 % des équipes de soins primaires (ESP). La majorité des responsables de la coordination (71 %) étaient des femmes. Les coordonnateurs avaient en moyenne 44 ans ($ET = 10,5$) et quatre ans d'expérience dans leur équipe. Le tableau 2 souligne les différences de structure organisationnelle entre les trois réseaux. Le réseau 3 est beaucoup moins financé que les autres tandis que le réseau 1 possède beaucoup plus d'individus à faible revenu. La fréquence des interactions avec les autres équipes ou organisations tendait à être plus élevée dans le réseau 3, selon la perception des coordonnateurs des équipes.

Professionnels

Un total de 315 professionnels sur une possibilité de 466 (68 %) ont participé à l'étude. Aucune différence n'a été repérée entre les participants et les non-participants en fonction du sexe [$\chi^2(1, N = 466) = 0,03; P = 0,87$] et du type d'équipe [$\chi^2(1, N = 466) = 0,79; P = 0,68$]. Environ la moitié provenait du réseau 1 ($N = 155; 49 %$), 37 % du réseau 2 ($N = 117$) et 14 % du réseau 3 ($N = 43$). La majorité des participants ($N = 214; 68 %$) travaillait dans des équipes spécialisées en SM, principalement dans les services externes (56 % contre 12 % dans des unités d'hospitalisation), tandis qu'environ le tiers ($N = 101; 32 %$) travaillait dans des ESP. La majorité des professionnels était des femmes ($N = 219; 69,5 %$). Les professionnels avaient en moyenne 43,3 ans ($ET = 10,5$), et étaient membres de leur équipe depuis 3,1 ans en moyenne ($ET = 4,6$).

Le tableau 3 illustre les différences de perception de 311 professionnels en SM quant aux processus de travail dans leur équipe ; quatre professionnels ayant été exclus en raison de leur trop grand nombre de réponses manquantes. Des différences significatives entre les réseaux ont été trouvées pour trois dimensions. La perception des professionnels du réseau 3 était significativement plus élevée concernant leur autonomie ainsi que leur participation aux processus décisionnels. La perception concernant la promotion du rétablissement par les professionnels des réseaux 2 et 3 était significativement plus élevée que celle du réseau 3.

Personnes utilisatrices

Un total de 327 (84 %) PU, sur une possibilité de 389, ont participé à l'étude. Aucune différence n'est à signaler entre les participants et les non-participants concernant leur âge (t test : $F = 62; P = 0,45$) et leur sexe ($\chi^2[1, N = 389] = 0,522; P = 0,829$). La majorité des participants résidaient dans le réseau 1 (59 %), contre 23 % dans le réseau 2, et 18 % dans le réseau 3. L'échantillon comportait un pourcentage équivalent d'hommes et de femmes. La moyenne d'âge des PU était de 48,4 ans ($ET = 11,7$). La majorité d'entre elles étaient célibataires (85 %), seulement 15 % ayant un conjoint. Une majorité (83 %) vivait en logement

Tableau 2
Statistiques comparatives entre les 3 réseaux de services de santé mentale — Structure organisationnelle

	Total (N = 41)			Réseau 1 (N = 17)			Réseau 2 (N = 17)			Réseau 3 (N = 7)			Anova test				
	Min	Max	Moy	ET	Min	Max	Moy	ET	Min	Max	Moy	ET		Sig.			
Structure organisationnelle	2,0	9,0	5,8	1,7	2,0	9,0	5,8	1,7	2,0	9,0	5,7	1,8	3,0	9,0	6,2	1,7	0,70
Dépenses publiques en santé mentale par habitant	125,8	210,7	197,9	29,0	210,7	210,7	210,7	0,0	209,2	209,2	207,7	0,010	125,8	125,8	125,8	1,16	<0,001
% population à faible revenu	5,0	23,3	14,2	8,0	13,5	23,0	22,1	1,3	05,0	13,3	5,1	0,8	10,0	10,0	10,0	0,0	<0,001
Culture organisationnelle : clan ^a	34,3	195,9	200,5	69,0	60,0	400,0	212,8	78,2	98,0	340,0	205,6	60,8	120,0	355,0	206,0	68,7	0,91
Culture organisationnelle : Adhocracie ^a	22,9	112,7	101,1	38,7	70,0	185,0	118,0	31,6	40,0	230,0	116,7	46,4	45,0	145,0	98,7	30,8	0,34
Culture organisationnelle : marché ^a	14,3	98,0	107,0	40,1	25,0	200,0	114,7	43,3	30,0	180,0	106,8	36,8	45,0	165,0	115,4	42,3	0,70
Culture organisationnelle : hiérarchie ^a	28,6	193,5	182,4	68,0	90,0	310,0	191,7	63,6	50,0	310,0	182,6	64,3	110,0	395,0	205,8	91,7	0,62
Outils cliniques ^b	14,0	40,0	26,0	6,0	17,0	40,0	25,6	5,8	14,0	40,0	25,5	6,1	21,0	40,0	28,6	6,4	0,31
Approches cliniques ^c	2,0	9,0	5,8	1,7	2,0	9,0	5,8	1,7	2,0	9,0	5,7	1,8	3,0	9,0	6,2	1,7	0,70
Stratégies d'intégration ^d	9,0	25,0	16,3	3,6	9,0	25,0	16,5	4,1	11,0	21,0	16,0	2,7	12,0	24,0	16,8	4,4	0,79
Fréquence des interactions ^d	10,0	87,0	27,6	15,7	10,0	72,7	23,9	12,1	10,0	87,0	28,2	16,3	18,0	87,0	36,8	20,1	0,06
Satisfaction des interactions ^d	23,0	73,0	54,2	8,6	11,3	35,0	24,5	3,7	15,8	32,8	24,9	3,5	18,5	33,00	25,5	3,3	0,62
Appréciation des services ^d	3,0	18,0	12,99	2,3	8,0	17,0	12,6	2,0	3,0	16,0	12,9	2,6	9,0	18,0	14,1	2,4	0,19

a : Min : 0, max : 600; Plus élevé=positif

b : Score global de toutes les variables (1 à 5 pour chaque variable); Figure 1; min : 6, max : 40; Plus élevé = positif

c : Score global de toutes les variables (1 à 5 pour chaque variable); Figure 1; min : 6, max : 35; Plus élevé = positif

d : Score global de toutes les variables (1 à 5 pour chaque variable); Figure 1; min : 13, max : 75; Plus élevé = positif

Tableau 3
Statistiques comparatives entre les 3 réseaux de services de santé mentale — Processus de travail d'équipe

Processus de travail d'équipe	Total (N = 311)			Réseau 1 (N = 154)			Réseau 2 (N = 114)			Réseau 3 (N = 43)			ANOVA Sig				
	Min	Max	Moy	ET	Min	Max	Moy	ET	Min	Max	Moy	ET					
Promotion du rétablissement ^a	2,2	6,8	5,1	0,7	2,4	6,8	5,1	0,7	3,6	6,4	5,3	0,5	2,2	6,0	4,8	0,8	<0,001
Autonomie ^a	1,0	7,0	4,9	1,2	1,7	7,0	4,8	1,3	1,0	7,0	4,9	1,2	3,0	7,0	5,4	1,1	0,01
Participation aux décisions ^a	1,0	7,0	5,0	1,3	1,0	7,0	5,0	1,4	1,0	7,0	4,9	1,3	2,7	7,0	5,4	1,1	0,07
Familiarité avec autres co-équipiers ^a	1,6	7,0	5,4	0,9	1,8	7,0	5,4	1,0	1,6	7,0	5,3	0,9	2,2	7,0	5,5	0,9	0,58
Partage des connaissances ^a	1,8	7,0	5,7	0,9	2,4	7,0	5,7	1,0	1,8	7,0	5,7	0,8	2,6	7,0	5,8	0,8	0,93
Intégration des connaissances ^a	1,1	7,0	4,3	1,1	1,1	7,0	4,2	1,2	2,2	6,9	4,3	1,1	2,3	6,7	4,4	1,0	0,69
Production des connaissances ^a	1,0	7,0	4,0	1,2	1,0	7,0	4,1	1,2	1,8	6,8	4,0	1,3	1,4	7,0	3,7	1,2	0,19
Croyance aux bénéfices de la collaboration interdisciplinaire ^a	3,0	7,0	6,2	0,7	3,0	7,0	6,2	0,8	4,2	7,0	6,3	0,6	3,4	7,0	5,5	0,9	0,72
Performance ^b	23,7	42,0	34,6	3,2	24,7	42,0	34,8	3,3	23,7	42,0	34,5	3,3	29,0	41,3	34,6	3,0	0,78

a : Score de 1 à 7 ; Plus élevé = positif; b : Score de 9 à 72 ; Plus élevé = positif

autonome, contre 17 % en logement supervisé. Un peu moins de la moitié des participants (47 %) avaient entrepris des études collégiales ou universitaires tandis que 53 % avaient fait ou non des études secondaires. En moyenne, ces participants vivaient avec un 1,8 TM ($ET = 1,1$), les plus fréquents étant les troubles de l'humeur (44 %), la schizophrénie (30 %), les troubles de la personnalité (24 %), les TUS (22 %) et les troubles anxieux (19 %). De plus, la grande majorité d'entre eux (82 %) éprouvaient aussi des problèmes de santé physique, et environ la moitié (47 %) avait déjà fait une tentative de suicide.

Le réseau 2 comprenait les participants vivant avec le nombre moyen de TM le plus élevé ainsi que de cas de troubles de la personnalité (43 % contre 22 % dans le réseau 1 ; $P = 0,002$), percevant aussi le plus grand nombre et la plus grande sévérité de besoins. Le pourcentage de PU ayant des problèmes de santé physique était plus élevé dans les réseaux 1 et 2 (82 % et 88 %) que dans le troisième (62 % ; $P < 0,001$). Les TUS-drogues (selon le DAST-20) étaient significativement plus fréquents dans le réseau 3 alors que les TUS-alcool (selon l'AUDIT) tendaient à être plus fréquents dans les réseaux 1 et 3. Le tableau 4 identifie les différences entre les perceptions des PU des trois réseaux concernant les effets des services. La continuité des soins était significativement plus élevée dans les réseaux 3 et 1. De même, les PU des réseaux 1 et 3 percevaient avoir une qualité de vie significativement supérieure, et se disaient davantage rétablies. Cependant, l'aide reçue était perçue comme étant significativement plus adéquate pour les PU du réseau 2.

DISCUSSION

Cette étude exploratoire avait pour objectif d'analyser l'impact possible de la structure organisationnelle et des processus de travail des équipes sur les PU dans trois réseaux locaux de services en SM dans un contexte de réforme. Les résultats ne permettent pas de tirer de conclusions fortes. En effet, les PU du réseau 3, un territoire semi-urbain en région périphérique, présentaient des résultats généralement plus positifs que les PU du réseau 2, pourtant beaucoup plus riche en termes de financement et de ressources disponibles, et peu affecté par une population à faible revenu. Les effets des services chez les PU du réseau 3 sont par ailleurs dans l'ensemble assez similaires à ceux du réseau 1, lequel est le plus riche, mais est beaucoup plus affecté par une population démunie. Les caractéristiques cliniques des PUS expliquent sans doute en bonne partie les effets des services, bien que certaines caractéristiques organisationnelles et processus de travail des équipes, dont certaines sont plus favorables dans le réseau 3, exercent probablement aussi une certaine influence.

Concernant les caractéristiques organisationnelles, la fréquence plus élevée des interactions avec les autres équipes ou organisations rencontrée dans le réseau 3 pourrait résulter du financement moindre en santé mentale. Selon plusieurs études, dans un contexte de pénurie, les organisations et les professionnels sont obligés de collaborer davantage (Provan, Sebastian, & Milward, 1996 ; Zuckerman & D'Aunno, 1990). Inversement, les grandes organisations, comme les IUSM, sont plus à risque de travailler en silo, ce qui fait en sorte que dans les réseaux 1 et 2, la collaboration interorganisationnelle était historiquement moins implantée (Fleury, Grenier, Vallee, Aube, & Farand, 2017). Un autre élément d'explication à cette plus grande fréquence des interactions dans le réseau 3 serait la concentration géographique des équipes, lesquelles se trouvaient toutes regroupées dans le CSSS. Une proximité physique facilite la communication et la collaboration entre les équipes ou organisations (Fleury *et al.*, 2016) ainsi que la continuité des services. Dans les réseaux 1 et 2 au contraire, les services de SM étaient répartis entre les IUSM (pour les ESS) et les CSSS

Tableau 4
Statistiques comparatives entre les 3 réseaux de services de santé mentale — Effets sur personnes utilisatrices (PU)

Personnes utilisatrices (PU)	Total (N = 327)			Réseau 1 (N = 193)			Réseau 2 (N = 76)			Réseau 3 (N = 58)			ANOVA				
	Min	Max	Moy	ET	Min	Max	Moy	ET	Min	Max	Moy	ET		Sig			
Nombre de troubles mentaux (TM)	0,0	6,0	1,8	1,1	0,0	5,0	1,6	0,9	3,6	0,6	2,2	1,4	0,0	5,0	1,9	1,1	<0,001
Troubles de l'utilisation des substances (TUS) — Alcool (AUDIT) ^a	0,0	37,0	5,2	6,4	0,0	37,0	5,6	5,7	0,0	37,0	3,7	6,8	0,0	31,0	5,6	7,9	0,09
TUS-Drogues (DAST-20) ^b	0,0	15,0	2,8	2,5	0,0	11,0	2,3	1,6	0,0	15,0	2,9	3,0	1,0	15,0	4,2	3,7	<0,001
Nombre de besoins ^c	0,0	21,0	8,5	4,4	0,0	21,0	7,0	4,0	2,0	19,0	11,4	4,1	0,0	16,0	6,9	2,2	<0,001
Sévérité des besoins ^d	0,0	143,0	48,6	31,7	0,0	138,0	42,5	28,1	16,0	143,0	70,5	30,3	0,0	123,0	40,4	32,6	<0,001
Continuité des services ^e	67,0	195,0	132,3	16,1	67,0	176,0	133,8	16,2	92,0	175,0	125,7	12,8	102,0	195,0	135,7	17,2	<0,001
Adéquation de l'aide reçue ^f	0,0	282,0	70,50	53,2	0,0	282,0	62,9	49,7	7,0	248,0	98,2	48,2	0,0	201,0	59,6	45,4	<0,001
Qualité de vie ^g	38,0	139,0	96,6	18,8	38,0	139,0	99,1	18,4	56,0	130,0	90,7	16,5	38,0	136,0	96,2	21,2	<0,001
Rétablissement ^h	41,0	310,4	164,6	23,4	105,0	310,4	165,4	22,4	115,0	193,0	159,6	15,7	41,0	270,0	168,6	32,7	0,07

a : Min : 10, max : 50; Plus élevé = négatif b : Min : 0, max : 20; Plus élevé = négatif
c : Min : 0, max 26; Plus élevé = négatif d : Min : 0, max : 260; Plus élevé = négatif
e : Min : 0, max : 520; Plus élevé = négatif f : Min : 43, max : 215; Plus élevé = positif
g : Min : 0, max : 52; Plus élevé = positif h : Min : 20, max : 140; Plus élevé = positif
i : Min : 41, max : 205; Plus élevé = positif

(pour les ESP). De plus, des rivalités s'y manifestaient entre IUSM et CSSS, ce qui a nui à l'implantation de la réforme en santé mentale (Fleury *et al.*, 2017; Vallée *et al.*, 2009).

Concernant les processus de travail des équipes, la plus grande autonomie ainsi que la plus grande implication dans les processus décisionnels chez les professionnels du réseau 3 peuvent aussi s'expliquer par la pauvreté relative de ce réseau. En région périphérique, comme dans le réseau 3, les intervenants sont souvent moins encadrés et doivent de ce fait être plus proactifs. De plus, les relations entre les professionnels et organisations y sont souvent moins formalisées que dans les grands réseaux urbains et davantage basées sur une familiarité entre individus. Pour ce qui est des réseaux 1 et 2, il est possible que les professionnels transférés des ESS des IUSM aux ESP nouvellement créés dans les CSSS ont dû s'adapter à de nouveaux rôles et pratiques, ce qui a pu être source d'insatisfaction (Williams & Sibbald, 1999). Une étude présentant une typologie des professionnels a démontré que ceux œuvrant dans les ESS percevaient plus favorablement les processus de travail des équipes dont l'autonomie et la participation aux processus décisionnels que les intervenants psychosociaux qui composent principalement les ESP (Markon, Bamvita, Chiochio, & Fleury, 2017). Il est aussi probable que l'autorité soit moins contestée dans les ESS, lesquelles sont plus hiérarchisées et sont obligées d'obéir à davantage de règles strictes que dans les ESP. Enfin, la moins grande interdisciplinarité dans les ESP, dont la présence de personnel médical, pourrait faire en sorte que les ESP se sentent un peu moins sûres de leurs compétences. Cependant, la plus grande promotion du rétablissement dans les équipes des réseaux 1 et 2 pourrait s'expliquer par la plus forte proportion des professionnels qui y œuvrent en première ligne. En effet, les ESP sont considérées plus orientées vers le rétablissement que les ESS (Salyers, Tsai, & Stultz, 2007).

Concernant les effets des services sur les PU, il n'est pas étonnant que le réseau présentant une moindre qualité de vie (réseau 2) soit aussi celui présentant une moins bonne continuité des services et un plus faible rétablissement. Selon la littérature internationale, la qualité de vie est fortement reliée à la continuité des services (Adair *et al.*, 2005). De plus, les personnes qui rapportent une bonne qualité de vie montreraient plusieurs éléments clés du rétablissement comme l'espoir et l'habilitation (*empowerment*) (Deegan, 2007; Ho, Chiu, Lo, & Yiu, 2010). La qualité de vie, la continuité des services et le rétablissement sont tous les trois fortement reliés aux caractéristiques cliniques des PU. Plusieurs études ont montré une association négative entre la qualité de vie et les besoins sérieux principalement en matière de besoins sociaux ou de santé (Hansson *et al.*, 2003; Slade *et al.*, 2004), tandis que d'autres ont indiqué que le rétablissement est significativement associé à l'absence de besoins sérieux (Bitter *et al.*, 2016; Crane-Ross, Lutz, & Roth, 2006; Lloyd, King, & Moore, 2010; Werner, 2012). Par ailleurs, il est connu que les TM, et plus particulièrement les TM graves, requièrent des services sur une très longue période (Catty *et al.*, 2013). Or, la continuité des services facilite la création d'une alliance thérapeutique entre les PU et les intervenants, ce qui soutient le processus de rétablissement (Green *et al.*, 2008; Junghan *et al.*, 2007).

La perception d'une meilleure adéquation des services chez les PU du réseau 2 pourrait s'expliquer en partie par la plus faible proportion de PU ayant des TUS. Plusieurs études ont identifié que les personnes ayant des TM concomitants aux TUS ont davantage de difficultés à satisfaire leurs besoins en matière de services (Siegfried, 1998; Wright, Gournay, Glorney, & Thornicroft, 2000). Par ailleurs, la grande richesse en ressources et services du réseau 2 permet sans doute de mieux répondre aux nombreux besoins perçus par les PU, malgré leur sévérité.

Concernant les associations possibles entre les effets des services sur les PU d'une part, et la structure organisationnelle d'autre part, les interactions plus fréquentes des professionnels du réseau 3 avec les autres équipes et organisations contribuent certainement à assurer une meilleure continuité des soins des PU ce qui permet d'améliorer la qualité de vie et le rétablissement de ces derniers. Les effets positifs des services sur les PU rencontrés dans le réseau 3 pourraient aussi être reliés à la plus grande participation des professionnels aux processus décisionnels ainsi qu'à leur plus grande autonomie. En effet, la participation aux processus décisionnels rend les professionnels plus responsables envers leurs engagements (Campion, Medsker, & Higgs, 1993), ce qui favorise la performance (Judge, Thoresen, Bono, & Patton, 2001). La participation aux processus décisionnels contribue aussi à une plus grande satisfaction au travail (Lee & Cummings, 2008). Par ailleurs, une plus grande autonomie influence le degré de motivation au travail des membres d'une équipe, lequel contribue à l'efficacité de cette dernière (Janz, Colquitt, & Noe, 1997). Il est concevable qu'une équipe de professionnels dont ses processus de travail d'équipes sont priorisés soit à son tour portée à favoriser le développement de l'autonomie chez sa clientèle et l'implication de cette dernière dans les processus de soins. Dans les réseaux 1 et 2, ces dimensions (autonomie et participation aux décisions) sont moins présentes, ce qui pourrait laisser sous-entendre une certaine persistance d'un modèle centré sur l'IUSM et axé surtout sur la hiérarchie et les règlements.

Il peut sembler paradoxal que dans deux réseaux sur trois, les PU et les professionnels ont des perceptions totalement opposées face au rétablissement. Alors que les PU du réseau 3 se perçoivent plus rétablis, les professionnels de ce même réseau sont ceux qui considèrent faire moins la promotion du rétablissement. Le contraire se manifeste chez les PU et professionnels du réseau 2. Le rétablissement semble ici dépendre davantage des caractéristiques cliniques des PU, plus particulièrement de la sévérité des besoins, beaucoup moins forte dans les réseaux 3 et 1 que dans le réseau 2.

LIMITES

Cette étude présente diverses limites. Premièrement, des analyses multivariées n'ont pu être réalisées en raison du fait que l'étude s'intéressait globalement au processus de travail clinique des équipes et à l'impact des services sur les PU – sans relier les intervenants (ou gestionnaires) aux PU de la recherche. Par ailleurs, comme les PU sont souvent suivis par plusieurs professionnels, équipes cliniques ou organisations – sans nécessairement d'intervenant pivot désigné, il était difficile d'associer les effets sur les PU aux structures et processus cliniques. Deuxièmement, notre étude ne comportait qu'un seul temps de mesure. Puisque nous ne disposons pas de données sur les réseaux avant la mise en place du PASM 2005-2010, il est impossible de relier directement les résultats rapportés avec la mise en place de cette réforme. Étant donné que les besoins des PU évoluent avec le temps, une étude longitudinale aurait permis de mieux saisir les transformations dans les réseaux. Finalement, seulement trois réseaux locaux de services ont été étudiés; les résultats de notre étude ne peuvent ainsi être généralisés à d'autres réseaux locaux de services au Québec, au Canada ou ailleurs. L'étude demeure ainsi grandement exploratoire et descriptive.

CONCLUSION

Les résultats de cette étude démontrent que le niveau de financement en SM ne semble pas un facteur déterminant des effets sur les PU. Un réseau de services plus petit, moins pourvu en ressources et situé en périphérie peut tout aussi adéquatement assurer une bonne qualité de vie et favoriser le rétablissement des PU qu'un réseau situé dans un grand centre urbain beaucoup plus pourvu en ressources. Ces résultats soulignent l'intérêt pour les décideurs de soutenir davantage les processus de travail des équipes, tels que l'autonomie professionnelle et la participation aux décisions, afin d'améliorer la continuité des services, la qualité de vie et le rétablissement des PU et de répondre plus adéquatement à leurs besoins, particulièrement dans un contexte de réforme ayant des répercussions substantielles sur les pratiques professionnelles. Diverses stratégies pouvant favoriser la création d'une bonne ambiance à l'intérieur d'une équipe et assurer sa stabilité, telles qu'un programme de formation interdisciplinaire, pourraient être préconisées. De même, les soins de collaborations pourraient être davantage développés afin de consolider les liens entre les ESP et les ESS principalement lorsque ces dernières sont localisées dans des établissements distincts.

RÉFÉRENCES

- Accietto, C. (2003). La validation d'une version française du questionnaire A.U.D.I.T. «Alcohol Use Identification Test». (Thèse de doctorat), Université de Genève, Genève.
- Adair, C. E., McDougall, G. M., Mitton, C. R., Joyce, A. S., Wild, T. C., Costigan, N., . . . Beckie, A. (2005). Continuity of care and health outcomes among persons with severe mental illness. *Psychiatric Services, 56*(9), 1061–1069.
- Bainbridge, D., Brazil, K., Krueger, P., Ploeg, J., & Taniguchi, A. (2010). A proposed systems approach to the evaluation of integrated palliative care. *BMC Palliative Care, 9*, 8. doi:10.1186/1472-684X-9-8
- Bitter, N. A., Roeg, D. P., van Nieuwenhuizen, C., & van Weeghel, J. (2016). Identifying profiles of service users in housing services and exploring their quality of life and care needs. *BMC Psychiatry, 16*(1), 419. doi:10.1186/s12888-016-1122-0
- Björkman, T., & Hansson, L. (2002). Predictors of improvement in quality of life of long-term mentally ill individuals receiving case management. *European Psychiatry, 17*(1), 33–40. doi: 10.1016/s0924-9338(02)00621-1
- Bock, G. W., & Kim, Y. (2002). Breaking the myths of rewards: An exploratory study of attitudes about knowledge sharing. *Information Resource Management, 15*, 14–21.
- Bock, G. W., Zmud, R. W., Kim, Y. G., & Lee, J. N. (2005). Behavioral Intention Formation in Knowledge Sharing: Examining the Roles of Extrinsic Motivators, Social-Psychological Forces, and Organizational Climate. *MIS Quarterly, 29*(1), 87–111.
- Broadbent, E., Kydd, R., Sanders, D., & Vanderpyl, J. (2008). Unmet needs and treatment seeking in high users of mental health services: role of illness perceptions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 42*(2), 147–153.
- Cameron, K. S., & Quinn, R. E. (2006). *Diagnosing and changing organizational culture based on the Competing Values Framework*. Revised edition. San Francisco: Jossey-Bass.
- Campion, M. A., Medsker, G. J., & Higgs, A. C. (1993). Relations between work group characteristics and effectiveness: Implications for designing effective work groups. *Personnel Psychology, 46*(4), 823–850.
- Campion, M. A., Papper, E. M., & Medsker, G. J. (1996). Relations between work team characteristics and effectiveness: A replication and extension. *Personnel Psychology, 49*, 429–452.
- Carey, K. B., Carey, M. P., & Chandra, P. S. (2003). Psychometric evaluation of the alcohol use disorders identification test and short drug abuse screening test with psychiatric patients in India. *Journal of Clinical Psychiatry, 64*(7), 767–774.
- Caron, J., Mercier, C., & Tempier, R. (1997). Une validation québécoise du Satisfaction with Life Domains Scale. *Santé mentale au Québec, 22* (2), 195-217.

- Catty, J., White, S., Clement, S., Cowan, N., Geyer, C., Harvey, K., ... Burns, T. (2013). Continuity of care for people with psychotic illness: its relationship to clinical and social functioning. *International Journal of Social Psychiatry, 59*(1), 5–17. doi:10.1177/0020764011421440
- Chiocchio, F., Grenier, S., O'Neill, T. A., Savaria, K., & Willms, J. D. (2012). The effects of collaboration on performance: A multilevel validation in project teams. *International Journal of Project Organisation and Management, 4*(1), 1–37.
- Corrigan, P. W., & Phelan, S. M. (2004). Social support and recovery in people with serious mental illnesses. *Community Mental Health Journal, 40*(6), 513–523.
- Cramer, V., Torgersen, S., & Kringlen, E. (2010). Mood disorders and quality of life. A community study. *Nordic Journal of Psychiatry, 64*(1), 58–62.
- Crane-Ross, D., Lutz, W. J., & Roth, D. (2006). Consumer and case manager perspectives of service empowerment: relationship to mental health recovery. *Journal of Behavioral Health Services & Research, 33*(2), 142–155. doi:10.1007/s11414-006-9012-8
- Crane-Ross, D., Roth, D., & Lauber, B. G. (2000). Consumers' and Case Managers' Perceptions of Mental Health and Community Support Service Needs. *Community Mental Health Journal, 36*(2), 161–178.
- Deegan, P. (2007). The lived experience of using psychiatric medication in the recovery process and a shared decision-making program to support it. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 31*(1), 62–69.
- Deneckere, S., Robyns, N., Vanhaecht, K., Euwema, M., Panella, M., Lodewijckx, C., ... studygroup, E. (2011). Indicators for follow-up of multidisciplinary teamwork in care processes: results of an international expert panel. *Evaluation & the Health Professions, 34*(3), 258–277. doi:10.1177/0163278710393736
- Donabedian, A. (1973). *Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care*. Cambridge Harvard University Press for the Commonwealth Fund.
- Durbin, J., Goering, P., Streiner, D. L., & Pink, G. (2004). Continuity of care: validation of a new self-report measure for individuals using mental health services. *Journal of Behavioral Health Services & Research, 31*(3), 279–296.
- Evans, S., Huxley, P., & Priebe, S. (1999). A comparison of the quality of life of severely mentally ill people in UK & German samples. *International Journal of Social Psychiatry, 46*(1), 47–56.
- Fleury, M. J., Grenier, G., Vallee, C., Aube, D., & Farand, L. (2017). Implementation of Integrated Service Networks under the Quebec Mental Health Reform: Facilitators and Barriers associated with Different Territorial Profiles. *International Journal of Integrated Care, 17*(1), 3. doi:10.5334/ijic.2482
- Fleury, M. J., Grenier, G., Vallee, C., Aube, D., Farand, L., Bamvita, J. M., & Cyr, G. (2016). Implementation of the Quebec mental health reform (2005–2015). *BMC Health Services Research, 16*(1), 586.
- Giffort, D., Schmook, A., Woody, C., Vollendorf, C., & Gervain, M. (1995). *Construction of a Scale to Measure Consumer Recovery*. Springfield, IL: Illinois Office of Mental Health Green, C. A., Polen, M. R., Janoff, S. L., Castleton, D. K., Wisdom, J. P., Vuckovic, N., ... Oken, S. L. (2008). Understanding how clinician-patient relationships and relational continuity of care affect recovery from serious mental illness: STARS study results. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 32*(1), 9–22. doi:10.2975/32.1.2008.9.22
- Griffin, M. A., Neal, A., & Parker, S. K. (2007). A new model of work role performance: positive behavior in uncertain and interdependent contexts. *Academy of Management Journal, 50*(2), 327–347.
- Griffiths, K. M., Mendoza, J., & Carron-Arthur, B. (2015). Whereto mental health reform in Australia: is anyone listening to our independent auditors? *Medical Journal of Australia, 202*(4), 172–174.
- Hansson, L., & Bjorkman, T. (2007). Are factors associated with subjective quality of life in people with severe mental illness consistent over time? —A 6-year follow-up study. *Quality of Life Research, 16*(1), 9–16. doi:10.1007/s11136-006-9119-7
- Hansson, L., Sandlund, M., Bengtsson-Tops, A., Bjarnason, O., Karlsson, H., Mackeprang, T., ... Middelboe, T. (2003). The relationship of needs and quality of life in persons with schizophrenia living in the community. A Nordic multi-center study. *Nordic Journal of Psychiatry, 57*(1), 5–11.
- Ho, W. W., Chiu, M. Y., Lo, W. T., & Yiu, M. G. (2010). Recovery components as determinants of the health-related quality of life among patients with schizophrenia: structural equation modelling analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 44*(1), 71–84. doi:10.3109/00048670903393654
- Hogan, M. (2014). Mental health reform under policy mainstreaming: needed, but uncertain. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 23*(1), 11–16. doi:10.1017/S2045796013000632

- Huppert, J. D., Weiss, K. A., Lim, R., Pratt, S., & Smith, T. E. (2001). Quality of life in schizophrenia; contributions of anxiety and depression. *Schizophrenia Research*, *51*(2–3), 171–180.
- Hurley, J., & Linsley, P. (2006). Proposed changes to the Mental Health Act of England and Wales: research indicating future educational and training needs for mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *13*(1), 48–54. doi:10.1111/j.1365-2850.2006.00911.x
- Janz, B. D., Colquitt, J. A., & Noe, R. A. (1997). Knowledge worker team effectiveness: The role of autonomy, interdependence, team development, and contextual support variables. *Personnel Psychology*, *50*(4), 877–904.
- Judge, T. A., Thoresen, C. J., Bono, J. E., & Patton, G. K. (2001). The job satisfaction-job performance relationship: a qualitative and quantitative review. *Psychological Bulletin*, *127*(3), 376–407.
- Junghan, U. M., Leese, M., Priebe, S., & Slade, M. (2007). Staff and patient perspectives on unmet need and therapeutic alliance in community mental health services. *British Journal of Psychiatry*, *191*, 543–547. doi:10.1192/bjp.bp.107.037978
- Korner, M., Lippenberger, C., Becker, S., Reichler, L., Muller, C., Zimmermann, L., . . . Baumeister, H. (2016). Knowledge integration, teamwork and performance in health care. *Journal of Health Organization and Management*, *30*(2), 227–243. doi:10.1108/JHOM-12-2014-0217
- Lam, J. A., & Rosenheck, R. A. (2000). Correlates of improvement in quality of life among homeless persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, *51*(1), 116–118.
- Langfred, C. W., & Moye, N. A. (2004). Effects of task autonomy on performance: an extended model considering motivational, informational, and structural mechanisms. *Journal of Applied Psychology*, *89*(6), 934–945. doi:10.1037/0021-9010.89.6.934
- Lasalvia, A., Bonetto, C., Salvi, G., Bissoli, S., Tansella, M., & Ruggeri, M. (2007). Predictors of changes in needs for care in patients receiving community psychiatric treatment: a 4-year follow-up study. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum*(437), 31–41. doi:10.1111/j.1600-0447.2007.01091.x
- Lee, H., & Cummings, G. G. (2008). Factors influencing job satisfaction of front line nurse managers: a systematic review. *Journal of Nursing Management*, *16*(7), 768–783.
- Lloyd, C., King, R., & Moore, L. (2010). Subjective and objective indicators of recovery in severe mental illness: a cross-sectional study. *International Journal of Social Psychiatry*, *56*(3), 220–229. doi:10.1177/0020764009105703
- Markon, M. P., Bamvita, J. M., Chiochio, F., & Fleury, M. J. (2017). Profiles of mental health care professionals based on work role performance. *Psychiatric Quarterly*, *88*(4), 827–838. doi:10.1007/s11126-017-9500-4
- Maynard, M. T. (2007). The impact of experience and familiarity: An examination in project teams. (Doctoral Dissertations. [PhD]), University of Connecticut.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). Plan d'action en santé mentale 2005-2010 — La force des liens. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux
- Narvaez, J. M., Twamley, E. W., McKibbin, C. L., Heaton, R. K., & Patterson, T. L. (2008). Subjective and objective quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *98*(1–3), 201–208.
- Nicaise, P., Dubois, V., & Lorant, V. (2014). Mental health care delivery system reform in Belgium: the challenge of achieving deinstitutionalisation whilst addressing fragmentation of care at the same time. *Health Policy*, *115*(2–3), 120–127. doi:10.1016/j.healthpol.2014.02.007
- O'Connell, M., Tondora, J., Croog, G., Evans, A., & Davidson, L. (2005). From rhetoric to routine: assessing perceptions of recovery-oriented practices in a state mental health and addiction system. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *28*(4), 378–386.
- Ochoa, S., Haro, J. M., Autonell, J., Pendas, A., Teba, F., Marquez, M., & Group, N. (2003). Met and unmet needs of schizophrenia patients in a Spanish sample. *Schizophrenia Bulletin*, *29*(2), 201–210.
- Provan, K. G., & Milward, H. B. (1994). Integration of community-based services for the severely mentally ill and the structure of public funding: a comparison of four systems. *Journal of Health Politics, Policy and Law* *19*(4), 865–894.
- Provan, K. G., & Milward, H. B. (1995). A preliminary theory of interorganizational network effectiveness: A comparative study of four community mental health systems. *Administrative Science Quarterly*, *40*, 1–33.
- Provan, K. G., Sebastian, J. G., & Milward, H. B. (1996). Interorganizational cooperation in community mental health: a resource-based explanation of referrals and case coordination. *Medical Care Research and Review*, *53*(1), 94–119.

- Quigley, N. R., Tesluk, P. E., Locke, E. A., & Bartol, K. M. (2007). A Multilevel Investigation of the Motivational Mechanisms Underlying Knowledge Sharing and Performance. *Organization Science*, *18*(1), 71–88.
- Ravelli, D. P., Buwalda, V. J., Slooff, C. J., Schrijvers, A. J., & van Engeland, H. (2003). Do integrated mental health-care organisations facilitate process quality in the treatment of people with schizophrenia and related psychoses? *International Journal of Integrated Care*, *3*, e17.
- Ritsher, J. B., Otilingam, P. G., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, *121*(1), 31–49.
- Roux, P., Passerieux, C., & Fleury, M. J. (2016). Mediation analysis of severity of needs, service performance and outcomes for patients with mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, *209*(6), 511–516. doi:10.1192/bjp.bp.116.184010
- Salyers, M. P., Tsai, J., & Stultz, T. A. (2007). Measuring recovery orientation in a hospital setting. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *31*(2), 131–137.
- Sicotte, C., D'Amour, D., & Moreault, M.-P. (2002). Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres. *Social Science & Medicine*, *55*(6), 991–1003.
- Siegfried, N. (1998). A review of comorbidity: major mental illness and problematic substance use. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *32*(5), 707–717.
- Slade, M., Leese, M., Ruggeri, M., Kuipers, E., Tansella, M., & Thornicroft, G. (2004). Does meeting needs improve quality of life? *Psychotherapy & Psychosomatics*, *73*(3), 183–189. doi:10.1159/000076456
- Slade, M., Leese, M., Taylor, R., & Thornicroft, G. (1999). The association between needs and quality of life in an epidemiologically representative sample of people with psychosis. *Acta psychiatrica Scandinavica*, *100*(2), 149–157.
- Song, M., & Xie, J. (2000). Does innovativeness moderate the relationship between cross-functional integration and product performance? *Journal of International Marketing*, *8*(4), 61–89.
- Tse, S., Murray, G., Chung, K. F., Davidson, L., Ng, K. L., & Yu, C. H. (2014). Exploring the recovery concept in bipolar disorder: a decision tree analysis of psychosocial correlates of recovery stages. *Bipolar Disorders*, *16*(4), 366–377. doi:10.1111/bdi.12153
- Vallée, C., Poirier, L.-R., Aubé, D., Fournier, L., Caulet, M., Roberge, P., & Lessard, L. (2009). Plan d'action québécois en santé mentale : contextes de mise en œuvre et éléments d'impact sur l'organisation des services de première ligne et les modes de collaboration. *Santé mentale au Québec*, *34* (1), 35-53.
- van Busschbach, J., & Wiersma, D. (2002). Does rehabilitation meet the needs of care and improve the quality of life of patients with schizophrenia or other chronic mental disorders? *Community Mental Health Journal*, *38*(1), 61–70.
- Werner, S. (2012). Subjective well-being, hope, and needs of individuals with serious mental illness. *Psychiatry Research*, *196*(2–3), 214–219.
- Williams, A., & Sibbald, B. (1999). Changing roles and identities in primary health care: exploring a culture of uncertainty. *Journal of Advanced Nursing*, *29*(3), 737–745.
- Wright, S., Gournay, K., Glorney, E., & Thornicroft, G. (2000). Dual diagnosis in the suburbs: prevalence, need, and in-patient service use. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *35*(7), 297–304.
- Zuckerman, H., & D'Aunno, T. (1990). Hospital alliances: cooperative strategy in a competitive environment. *Health Care Management Review*, *15*(2), 21–30.