



GUIDE DE QUALITÉ

pour les services de santé mentale virtuels sans rendez-vous dans le secteur de la santé mentale des enfants et des adolescents en Ontario



Ontario Centre of Excellence
for Child & Youth Mental Health

Centre d'excellence de l'Ontario en santé
mentale des enfants et des adolescents

juillet 2021



CITATION RECOMMANDÉE

Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents (juillet 2021). Guide de qualité pour les services de santé mentale virtuels sans rendez-vous dans le secteur de la santé mentale des enfants et des adolescents en Ontario. Ottawa, ON. Disponible en ligne :

www.smea.ca/virtuel

Pour plus de renseignements sur ce guide, veuillez communiquer avec D^{re}.

Purnima Sundar : psundar@cheo.on.ca



Remerciements

Le guide de qualité pour les services de santé mentale virtuels sans rendez-vous dans le secteur de la santé mentale des enfants et des adolescents en Ontario a été le fruit d'un effort de collaboration entre le Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents (le Centre), et les membres d'un conseil consultatif qui ont fourni une expertise précieuse pour leur élaboration (Michelle Dermenjian, Anvita Desai, Christal Huang, Shalini Lal, Britt-Mari Skyes, David Wiljer, David Willis, Deborah Woodfine, Lori Wozney). Nous tenons également à remercier les membres de l'équipe du projet du Centre qui ont appuyé l'élaboration de ce guide (Evangeline Danseco, Brooke Eboule, Melissa Edwards, Josianne Fernandez, Ray Heath, Melissa Jennings, Gabrielle Lucente, Jana Kocourek, Lamia Moheb Almorsey, Purnima Sundar).



Table des matières

Aperçu : nécessité de disposer d'un guide.....	5
Cadre scientifique de mise en œuvre.....	7
Facteurs de leadership.....	8
Facteurs organisationnels.....	10
Facteurs de compétence.....	14
Annexe A : l'engagement des jeunes et des familles en tant que partenaires.....	17
Annexe B : conditions préalables à la mise en œuvre des services virtuels sans rendez-vous.....	18
Annexe C : évaluation des services virtuels sans rendez-vous.....	20
Annexe D : questions pour orienter la collecte de données de grande qualité.....	23
Annexe E : glossaire.....	24
Références.....	28



Aperçu : nécessité de disposer d'un guide

La pandémie de COVID-19 a obligé les organismes communautaires de santé mentale à offrir des options de services virtuels aux clients qui cherchent du soutien pour les problèmes de santé mentale.

Depuis le début de la pandémie, la plupart des organismes de santé mentale pour les enfants et les adolescents de l'Ontario ont été en mesure de s'adapter rapidement et d'intégrer les soins virtuels — par exemple, la thérapie de groupe virtuelle — dans leur ensemble de services réguliers.

Certains organismes offrent des services de santé mentale virtuels sans rendez-vous. Ces services sont structurés de la même façon que les services en personne sans rendez-vous (aucun rendez-vous requis; offerts en une seule séance), mais ils sont offerts par vidéoconférence, téléphone ou les deux.

Les organismes de santé mentale du secteur répondent rapidement aux besoins changeants de leurs clients. Toutefois, la transition rapide signifie que certains organismes peuvent devoir « faire du rattrapage » lorsqu'il s'agit d'utiliser des pratiques, des politiques et des procédures fondées sur des données probantes pour les soins virtuels. Cela est particulièrement vrai pour les services virtuels sans rendez-vous.

Reconnaissant ce fait, le Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents (le Centre) a rapidement élaboré un guide pour appuyer la prestation de services virtuels sans rendez-vous.¹

Remarque : dans le présent document, les « services virtuels » désignent les services qui sont fournis en temps réel au moyen de la technologie vidéo (par exemple, Zoom for Health Care, Owl Practice) ou du téléphone. Ce guide ne s'applique pas au soutien par texto ni à l'utilisation du clavardage en ligne.

À propos de ce guide

La guides'appuie sur des renseignements provenant de plusieurs sources et intègrent des données probantes provenant d'un large éventail de recherches et d'examens systématiques.² Ce guide a été élaborée en collaboration avec un comité consultatif qui comprenait :

- des experts en prestation de services de télésanté mentale
- des représentants des organismes responsables
- des jeunes et leurs familles
- des chercheurs

Dans le cadre de notre processus, nous avons mené des sondages et consulté des jeunes et des familles pour comprendre leurs besoins en matière de services virtuels sans rendez-vous. Leurs voix sont prises en compte tout au long du présent document, et leurs suggestions et points de vue, combinés aux expériences, aux recommandations et aux commentaires des fournisseurs de services, ont contribué à façonner ce guide et font partie intégrante d'une planification réussie. (Voir Annexe A : l'engagement des jeunes et des familles en tant que partenaires.)



Science de la mise en œuvre

Ce guide est fondé sur un cadre scientifique de mise en œuvre. La science de la mise en œuvre est un domaine qui favorise une approche planifiée fondée sur des données probantes lors de l'introduction de nouveaux services dans un organisme et l'évaluation de leur efficacité.³ Le cadre est appuyé par le National Implementation Research Network (NIRN).

Le NIRN a cerné des caractéristiques - appelées facteurs de mise en œuvre - qui visent à combler l'écart entre la recherche et la pratique. Ces facteurs, lorsqu'ils sont utilisés de façon appropriée, peuvent guider la mise en œuvre d'une manière durable et réussie de nouveaux programmes et services.^{4, 5}

Comment utiliser le guide

Notre guide est conçu pour fournir des renseignements et des conseils pratiques utiles et opportuns aux organismes qui offrent ou prévoient offrir des services de santé mentale virtuels sans rendez-vous.

Nous avons délibérément élaboré ce guide à un niveau général — en partie pour faciliter la lecture, mais aussi pour qu'il soit valable pour votre organisme, peu importe où vous en êtes dans votre processus d'adaptation et de prestation de services virtuels.

Pour nous conformer aux principes de la science de la mise en œuvre, nous avons adapté les moteurs et le libellé du cadre du NIRN afin de mieux refléter les caractéristiques et les besoins des services virtuels sans rendez-vous. Dans ce guide, nous examinons trois principaux facteurs :

- direction
- organisme
- compétence

Pour chaque facteur, nous fournissons :

- un aperçu général, pour la mise en contexte
- une brève explication du facteur
- une liste de vérification utile des étapes et considérations principales
- certaines recommandations de lecture avec des liens vers des références

Dans les annexes, nous présentons des stratégies que les organismes peuvent utiliser pour améliorer la prestation de services virtuels sans rendez-vous, des conseils pour mobiliser les clients et des pratiques exemplaires pour les activités d'évaluation. Nous avons également inclus un glossaire de termes et une riche liste de références et de ressources.

Pour l'avenir

À l'heure actuelle, les recherches sur l'utilisation des plateformes virtuelles sont limitées. D'ici à ce que d'autres recherches soient menées, nous espérons que les approches fondées sur des données probantes présentées dans ce guide vous aideront à mettre en œuvre avec succès des services sans rendez-vous et à les évaluer. Notre objectif commun plus vaste est d'aider à assurer la prestation continue de soins et de services de santé mentale uniformes et de grande qualité pour les enfants, les jeunes et les familles partout en Ontario. Au Centre, nous vous invitons à nous faire part de vos questions et de vos commentaires à cymhstandards@cheo.on.ca.



Cadre scientifique de mise en œuvre

Cadre scientifique de mise en œuvre pour les services virtuels sans rendez-vous

Facteurs de leadership



Leadership technique

Les dirigeants cernent les possibilités, assurent la continuité et relèvent les défis en utilisant des approches de résolution de problèmes fondées sur des données probantes liées aux services virtuels sans rendez-vous.

Leadership adaptatif

Les leaders déterminent les facteurs internes et externes qui influent sur la mise en œuvre de services virtuels sans rendez-vous et s'y adaptent.

Facteurs organisationnels



Système de données appuyant les décisions

Les organismes utilisent des données à jour de haute qualité pour planifier et adapter leurs services virtuels sans rendez-vous et créer une culture d'amélioration continue.

Accessibilité et équité

Les organismes assurent un accès équitable et adoptent une approche systématique pour cerner les obstacles actuels et potentiels aux services virtuels sans rendez-vous en vue de les éliminer.

Administration facilitatrice

Les administrateurs élaborent et révisent les politiques et les procédures pour aider le personnel à mettre en œuvre des services virtuels sans rendez-vous.

Sécurité organisationnelle

Les organismes tiennent compte des risques de sécurité et maintiennent de bonnes pratiques en matière de technologie de l'information et de cybersécurité dans la prestation des services virtuels sans rendez-vous.

Vie privée et confidentialité

Les organismes s'engagent à assurer la sécurité des renseignements sur les clients en appliquant des mesures de protection et en respectant les lignes directrices, les politiques et les exigences législatives pertinentes en matière de pratique professionnelle.

Facteurs de compétence



Sélection du personnel

Les membres du personnel sont sélectionnés en fonction de leurs connaissances et de leur expérience dans la prestation de services en général, ainsi que de leur volonté d'apprendre et d'adapter leurs pratiques pour fournir des soins virtuels sans rendez-vous.

Renforcement des capacités du personnel

Les organismes offrent au personnel de la formation et des occasions d'apprentissage continu pour qu'il acquière les connaissances et les compétences utiles dans la prestation de services virtuels sans rendez-vous.

Pratique éthique

Le personnel fait preuve d'un bon jugement professionnel et se comporte conformément à l'éthique lorsqu'il offre des soins virtuels sans rendez-vous axés sur l'utilisateur.



Facteurs de leadership



Le soutien de l'équipe de direction d'un organisme est essentiel pour réussir à gérer le changement. Les cadres supérieurs qui appuient ou dirigent les efforts de changement comprennent la valeur de la prestation de services fondés sur des données probantes, reconnaissent l'importance d'une mise en œuvre réfléchie et fournissent les ressources nécessaires au personnel.

Le cadre scientifique de mise en œuvre décrit deux types de leadership.

Leadership technique : résolution de problèmes connus et solutions

- Les dirigeants cernent les possibilités, assurent la continuité et relèvent les défis en utilisant des approches de résolution de problèmes fondées sur des données probantes liées aux services virtuels sans rendez-vous.

Le leadership technique signifie que les hauts dirigeants appuient les progrès technologiques et encouragent leur adaptation. Il ne faut pas la confondre avec l'expertise technique; les dirigeants de votre organisme n'ont peut-être pas les compétences ou l'expérience nécessaires, mais ils peuvent organiser et superviser la gestion de l'expertise technique, et ils le font.

Leadership adaptatif : gérer les situations imprévues

- Les leaders déterminent les facteurs internes et externes qui influent sur la mise en œuvre de services virtuels sans rendez-vous et s'y adaptent.

Le leadership adaptatif permet à l'équipe de direction de concilier des intérêts divergents tout en s'attaquant à des problèmes sans solutions connues. L'approche de leadership adaptatif fonctionne mieux lorsque les gens travaillent ensemble à travers l'organisme pour collaborer à la recherche et à la mise en œuvre de solutions.⁶

Leadership en action : notes à l'intention de l'équipe de direction

Lors de la mise en œuvre d'un nouveau service ou d'une nouvelle technologie, votre organisme sera confronté à certains défis. En tant que leaders, vous devez être à l'aise avec l'incertitude et inspirer confiance à votre équipe. Il est important d'aligner les objectifs de votre organisme sur le processus de changement^{5, 7} et de veiller à ce que vos actions reflètent cette approche.

Ces deux types de leadership — technique et adaptatif — se complètent et contribueront au succès de votre organisme.

La liste de contrôle qui suit présente une liste de facteurs à prendre en considération pour les pratiques liées au leadership lorsqu'il s'agit de mettre en œuvre des services virtuels sans rendez-vous.



Liste de vérification des stratégies de mise en œuvre : facteurs de leadership

- Assurez-vous que votre organisme remplit les conditions préalables nécessaires à la mise en œuvre des services virtuels sans rendez-vous, ou faites-les remplir. (Voir l'Annexe B : conditions préalables à la mise en œuvre des services virtuels sans rendez-vous.)
- Élaborez des plans de mise en œuvre pour guider la mise sur pied des services virtuels sans rendez-vous.⁸
- Mettez sur pied une équipe principale de mise en œuvre.⁸
- Encouragez l'adhésion du personnel et avoir au moins un « champion de projet » dans un poste de direction.^{8,9}
- Élaborez un budget complet.⁸
- Déterminez qui assurera le leadership technique et l'expertise technique (à l'interne, à l'externe ou les deux).⁵
- Préparez un plan d'évaluation.⁸ (Voir l'Annexe C évaluation des services virtuels sans rendez-vous.)
- Utilisez une approche collaborative pour relever les défis ou les difficultés rencontrés tout au long du processus de mise en œuvre.⁶
- Créez un espace sécuritaire et un environnement ouvert^{6,10} pour partager de nouvelles idées et régler des problèmes, des conflits ou des défis.
- Faites participer les jeunes et les familles à la conception, à la mise en œuvre et à la modification des services virtuels sans rendez-vous. Réfléchissez à la meilleure façon de mobiliser les clients et de comprendre leurs expériences.^{8,11,12}

Lecture recommandée

- Mise en œuvre des pratiques éclairées par les données probantes : Une trousse d'outils pratiques⁸
- The Practice of Adaptive Leadership¹⁰



Facteurs organisationnels



Les facteurs organisationnels contribuent à une solide infrastructure interne et aident les organismes à s'ouvrir à l'innovation et à l'adopter par la prise de décisions fondées sur des données probantes.⁵

Le cadre scientifique de mise en œuvre répartit les facteurs organisationnels en cinq sections :

- système de données appuyant les décisions
- accessibilité et équité
- administration facilitatrice
- sécurité organisationnelle
- vie privée et confidentialité

Systeme de données appuyant les décisions

- Les organismes utilisent des données à jour de haute qualité pour planifier et adapter leurs services virtuels sans rendez-vous et créer une culture d'amélioration continue.

Les « systèmes de données » désignent un système ou une base de données électronique qui fournit de l'information sur un programme, comme le nombre de clients ou l'efficacité des services virtuels sans rendez-vous.^{4,5} L'information stockée dans les systèmes de données doit être pertinente et actuelle et être examinée régulièrement par votre équipe de direction.⁵

Accessibilité et équité

- Les organismes assurent un accès équitable aux services virtuels sans rendez-vous et adoptent une approche systématique pour cerner et éliminer les obstacles actuels et potentiels.

Dans le secteur de la santé mentale de l'Ontario, les obstacles à l'accès peuvent être rencontrés par les populations racialisées, les populations de nouveaux arrivants, les communautés 2SLGBTQI+ et les personnes vivant dans les régions rurales et éloignées.¹³ Il y a souvent des taux élevés de traumatismes dans ces communautés. D'après ce que nous avons découvert dans notre sondage auprès des intervenants, les clients croient qu'une pratique adaptée au traumatisme est un élément nécessaire de la prestation virtuelle des services. (Voir l'Annexe E : glossaire.)

Lorsqu'ils accèdent à des services virtuels sans rendez-vous, les clients et le personnel peuvent ne pas connaître la technologie ou ne pas être à l'aise avec son utilisation. Votre organisme doit réfléchir à la meilleure façon de donner à vos fournisseurs de services les connaissances, les outils et les compétences dont ils ont besoin pour aider les jeunes et les familles à avoir un accès équitable aux soins de santé mentale.



Administration facilitatrice

- Les administrateurs élaborent et révisent les politiques et les procédures pour aider le personnel à mettre en œuvre des services virtuels sans rendez-vous.

La réussite dépend de la mise en place de politiques et de procédures appropriées. Lors de la mise en œuvre d'un nouveau service, votre organisme peut se doter de nouvelles politiques ou adapter celles qui existent déjà. Un exemple clé qui est ressorti de notre sondage auprès des intervenants est la nécessité pour les organismes de modifier les flux de travail existants afin d'avoir plus de temps pour fournir des services virtuels sans rendez-vous.

Sécurité organisationnelle

- Les organismes tiennent compte des risques de sécurité et maintiennent de bonnes pratiques en matière de technologie de l'information et de cybersécurité dans la prestation des services virtuels sans rendez-vous.

Les organismes doivent être conscients des risques pour la sécurité liés à l'utilisation de leurs plateformes virtuelles et surveiller toute menace aux réseaux et au stockage de documents^{14, 15} lors de la prestation de services virtuels sans rendez-vous. Les organismes peuvent mieux servir leurs clients en modélisant de bonnes pratiques de cybersécurité. Votre personnel devrait être formé pour aider les jeunes et les familles à acquérir les compétences nécessaires pour utiliser la technologie virtuelle en toute sécurité.¹⁶

Vie privée et confidentialité

- Les organismes s'engagent à assurer la sécurité des renseignements sur les clients en appliquant des mesures de protection et en respectant les lignes directrices, les politiques et les exigences législatives pertinentes en matière de pratique professionnelle.

Lors de la prestation de services virtuels sans rendez-vous, les fournisseurs de votre organisme peuvent utiliser leur jugement critique pour déterminer si l'environnement des clients appuie la protection de la vie privée et la confidentialité¹. Si ce n'est pas le cas, votre personnel peut travailler à la création de solutions en collaboration avec les enfants, les jeunes et les familles.

Il est possible que le consentement éclairé aux processus et formulaires de traitement que votre organisme utilise actuellement ne couvre pas entièrement l'utilisation des plateformes virtuelles. Vous devrez suivre les processus des ordres professionnels et les lois pertinentes.

Nos intervenants recommandent également la révision des politiques et des procédures (par exemple, l'ajout de processus pour le suivi des adresses IP) et la création d'une structure de responsabilisation claire.

1 Les considérations liées à la protection de la vie privée, à la confidentialité et à la sécurité dans le secteur de la santé mentale des enfants et des adolescents sont régies par des lois, notamment la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé et la Loi de 2017 sur les services à l'enfance, à la jeunesse et à la famille.



Liste de vérification des stratégies de mise en œuvre : facteurs organisationnels

- Évaluez la capacité de votre organisme en matière de données, au besoin.²¹
- Mettez à jour les systèmes de données pour surveiller la qualité⁵ des services virtuels sans rendez-vous. Utilisez des mesures et des indicateurs cohérents pour surveiller la qualité.^{5, 22} (Voir Annexe C : évaluation des services virtuels sans rendez-vous et l'Annexe D : questions pour orienter la collecte de données de grande qualité.)
- Utilisez des méthodes d'amélioration de la qualité²³ pour améliorer les services virtuels sans rendez-vous.
- Nouez le dialogue avec les enfants, les jeunes et les familles pour évaluer leurs besoins uniques en matière d'accessibilité.^{11, 12}
- Déterminez les domaines où vous pouvez améliorer l'accessibilité et l'équité et travaillez à ces améliorations dans le cadre de votre pratique régulière.¹⁶
- Offrez une formation continue tenant compte des traumatismes et du soutien au personnel.²⁴
- Examinez les politiques et les procédures relatives aux services sans rendez-vous et révisez-les pour tenir compte des défis uniques de la prestation de soins virtuels. Cela comprend les politiques relatives au consentement éclairé.^{5, 7}
- Assurez-vous que vos fournisseurs de services sont bien formés aux protocoles de sécurité. Concentrez-vous également sur les domaines de soutien comme l'analyse des données et le soutien de la TI.
- Surveillez le service virtuel sans rendez-vous, y compris les systèmes, les processus et les mesures des résultats. Apportez des renseignements à jour à votre équipe de direction pour la prise de décisions.
- Élaborez une politique exhaustive sur la cybersécurité qui couvre la pratique individuelle, la pratique des TI et la pratique organisationnelle.^{14, 17, 18, 25, 26}
- Choisissez une plateforme virtuelle qui répond aux lois et aux exigences professionnelles du Canada et de l'Ontario. Assurez-vous que votre politique de gestion des données est conforme aux exigences pour la plateforme virtuelle. Effectuez régulièrement des évaluations des risques.^{14, 25}
- Formez le personnel et les clients aux pratiques de cybersécurité, comme les attaques de réseau et les atteintes à la sécurité.^{25, 26}
- Ayez des lignes directrices claires sur la façon de protéger les renseignements des clients lors de la prestation de services virtuels sans rendez-vous.
- Lorsque vous offrez des services virtuels sans rendez-vous, créez un espace sécuritaire et confidentiel avec les jeunes et leur famille.
- Faites preuve de transparence au sujet de la collecte de données et d'autres renseignements requis (par exemple, consentement, confidentialité) afin que les clients sachent à quoi s'attendre.



Lecture recommandée

- Towards understanding cybersecurity capability in Australian healthcare organisations: A systematic review of recent trends, threats and mitigation¹⁴
- Defining cybersecurity¹⁵
- Health care and cybersecurity: Bibliometric analysis of the literature¹⁷
- Adopting and integrating virtual visits into care: Draft clinical guidance for health care providers in Ontario¹⁸
- Healing families, helping systems: A trauma-informed practice guide for working with children, youth and families¹⁹
- Programme d'assurance de la qualité : Manuel pour le consentement éclairé
- Quality assurance program: Informed consent workbook²⁰
- Faire progresser l'équité raciale ensemble : Revue de la littérature sur les pratiques organisationnelles efficaces. ²⁷
- Security considerations for e-mental health interventions²⁵



Facteurs de compétence



Les facteurs de compétence sont axés sur les personnes de votre organisme. Ces facteurs garantissent que le personnel possède les compétences et les connaissances dont il a besoin et qu'il se sent en confiance, capable et soutenu dans la prestation des soins et des services, y compris les services virtuels sans rendez-vous.⁵

Les facteurs de compétence comprennent :

- la sélection du personnel
- le renforcement des capacités (formation, encadrement, supervision et soutien)
- la pratique éthique

Sélection du personnel

- Les membres du personnel sont sélectionnés en fonction de leurs connaissances et de leur expérience dans la prestation de services en général, ainsi que de leur volonté d'apprendre et d'adapter leurs pratiques pour fournir des soins virtuels sans rendez-vous.

À mesure que la prestation des soins virtuels de santé mentale prend de l'ampleur, un plus grand nombre d'employés seront dotés des compétences requises. Le personnel peut apporter des connaissances, de l'expérience et une volonté d'apprendre à connaître les nouveaux systèmes et méthodes de prestation de services, y compris les services virtuels sans rendez-vous, et de s'y adapter. Votre personnel actuel possède peut-être déjà ces compétences ou pourrait les acquérir grâce à une formation en cours d'emploi (voir le renforcement des capacités du personnel, ci-dessous).

Renforcement des capacités du personnel : formation, encadrement, supervision et soutien

- Les organismes offrent au personnel de la formation et des occasions d'apprentissage continu pour qu'il acquière les connaissances et les compétences utiles dans la prestation de services virtuels sans rendez-vous.

Nos consultations auprès des intervenants ont permis de déterminer que le soutien en matière de ressources et de technologie, ainsi que les flux de travail flexibles, sont des éléments clés pour assurer une prestation de services virtuels réussie et axée sur le client. La formation, l'encadrement, la supervision et le soutien appropriés contribueront également au bien-être du personnel. Pour s'assurer que les membres de votre équipe sont à l'aise et bien formés pour offrir des services virtuels sans rendez-vous, votre organisme devrait élaborer des plans d'orientation, de formation initiale, d'évaluation des compétences et de formation continue.²⁸



Pratique éthique

- Le personnel fait preuve d'un bon jugement professionnel et se comporte conformément à l'éthique lorsqu'il offre des soins virtuels sans rendez-vous axés sur l'utilisateur.

Naviguer dans l'éthique de l'utilisation de la technologie peut être difficile. Un bon jugement professionnel est nécessaire pour déterminer si l'accès virtuel aux services de santé mentale est la meilleure option pour certaines populations.²⁹ Par exemple, les services virtuels sans rendez-vous peuvent ne pas convenir s'ils ne fournissent pas un soutien continu ou ne prennent pas en charge les problèmes complexes de santé mentale. De nombreux facteurs doivent être pris en compte pour les clients, notamment les problèmes médicaux, les obstacles linguistiques, les niveaux de littératie numérique et la protection de la vie privée. Votre organisme devrait faire preuve de transparence en mentionnant que les services virtuels sans rendez-vous ne sont pas toujours les mieux adaptés aux besoins de chaque client.

Il est important de s'assurer que la technologie numérique utilisée permet d'améliorer les soins et les services de santé mentale et ne constitue pas une distraction.^{30, 31} Les soins prodigués avec compassion doivent être au cœur des services virtuels sans rendez-vous.

Liste de vérification des stratégies de mise en œuvre : facteurs de compétence

- Élaborez un processus de sélection du personnel fondé sur des données probantes ou modifier le processus de sélection du personnel existant³² pour y inclure les compétences nécessaires à la prestation de services virtuels sans rendez-vous. Déterminez les caractéristiques qui sont les plus importantes pour vos besoins.
- Ayez une compréhension approfondie de la capacité de votre organisme à former et encadrer le personnel².
- Si la capacité est limitée, envisagez d'embaucher des formateurs externes et d'explorer des partenariats pour aider à renforcer cette capacité dans votre secteur de service.
- Améliorez le niveau de confort du personnel à l'égard de la technologie numérique en offrant des occasions de pratiquer avec les superviseurs ou les collègues et de recevoir de la rétroaction.
- Encouragez les employés à faire part de leurs commentaires sur leurs expériences et à déterminer ce dont ils ont besoin pour se sentir appuyés dans la prestation de services virtuels sans rendez-vous.
- Mettez à jour les flux de travail, les politiques et les lignes directrices pour appuyer une nouvelle façon de travailler avec la technologie numérique.
- Élaborez un message clair sur la pertinence des services virtuels sans rendez-vous et discuter de la façon d'aider le personnel à effectuer ces évaluations.
- Veillez à ce que les besoins et les préférences des enfants, des jeunes et des familles soient la priorité au moment de déterminer si les services virtuels sans rendez-vous leur conviennent.

2 Les données probantes montrent que les formateurs qui valident les efforts, les connaissances et l'expertise des autres, possèdent les compétences qu'ils enseignent et travaillent à développer les compétences de ceux qu'ils encadrent sont les plus efficaces.³³



Lecture recommandée

- Defining compassion in the digital health age: Protocol for a scoping review³⁰
- Caring in a digital age: Exploring the interface of humans and machines in the provision of compassionate health care³¹
- Selection and recruitment in the healthcare professions: Research, theory and practice³²



Annexe A : l'engagement des jeunes et des familles en tant que partenaires

Le succès de tout nouveau programme ou service de santé mentale est directement lié à la façon dont les services correspondent aux besoins des clients.³⁴

Au moment d'élaborer des services virtuels sans rendez-vous, votre organisme est encouragé à tenir compte de ce qui suit lorsqu'il s'engage auprès des jeunes et de leur famille (adapté de ^{11, 12}).

Engagement au niveau clinique

- Établir la confiance dans les services virtuels sans rendez-vous et leur crédibilité. Il s'agit de décrire les avantages et les limites de ce service, de discuter des préoccupations et d'être ouvert à la rétroaction.
- Pour bâtir la confiance, vous devez également former votre personnel à consulter les jeunes et les membres de leur famille au sujet de leurs expériences, de leur culture et de leurs besoins uniques qui peuvent avoir une incidence sur l'accessibilité et l'équité.
- Se préparer à aider les clients à utiliser de nouvelles technologies ou de nouveaux services. Il s'agit notamment de fournir d'autres méthodes de communication — par téléphone, par exemple — ou de prendre plus de temps pendant les séances vidéo pour orienter les clients vers la plateforme.

Engagement au niveau organisationnel

- Élaborer conjointement des formulaires de rétroaction pour comprendre les expériences des jeunes et des familles dans l'utilisation de services virtuels sans rendez-vous. Élaborer une boucle de rétroaction pour démontrer comment les suggestions des clients sont utilisées pour apporter des changements et des améliorations.
- Faire participer les jeunes et les familles à la planification. Effectuer une évaluation des besoins, par exemple, ou inviter les clients à participer à un comité consultatif ou à une équipe de mise en œuvre.

Avant de commencer

Les jeunes et les familles devraient savoir à quoi s'attendre, tant dans leur rôle de partenaires que lorsqu'ils reçoivent des services virtuels sans rendez-vous.

Une entente sur les attentes peut être élaborée afin de s'assurer que les dirigeants, le personnel, les jeunes et les familles sont tous au courant de leurs rôles et de leurs attentes respectifs lors de la conception et de la planification des services.



Annexe B : conditions préalables à la mise en œuvre des services virtuels sans rendez-vous

Les consultations menées par le Centre auprès des dirigeants d'organismes ont fait ressortir la nécessité pour les organismes de mettre en place des conditions préalables avant d'offrir des soins virtuels de façon générale.¹⁶ Nous avons résumé ici les conseils reçus de notre comité consultatif sur le guide pour orienter le processus de planification de votre organisme.

- Consultez les jeunes et les familles pour concevoir des services virtuels sans rendez-vous. Déterminez le soutien dont vous avez besoin pour promouvoir l'adoption de ces services et l'accès à ceux-ci.³⁵
- Une fois que vous avez choisi le logiciel que vous allez utiliser pour offrir des soins virtuels, effectuez des essais de convivialité et apportez des améliorations au besoin.
- Établissez des politiques et des procédures claires pour guider la mise en œuvre des services virtuels et leur utilisation. Réviser les charges de travail du personnel ou les exigences au besoin.
- Formez le personnel afin qu'il soit à l'aise avec la prestation de soins virtuels.
- Établissez et mettez en œuvre des plans d'amélioration continue.

Communication et promotion

Un élément clé du processus de planification consiste à communiquer et à faire connaître les services virtuels sans rendez-vous offerts par votre organisme. Nos intervenants et notre comité consultatif recommandent que votre organisme tienne compte des éléments suivants dans toutes les communications liées aux services virtuels sans rendez-vous.

Objectif(s)

L'objectif de votre communication est de faire connaître votre nouveau service, en particulier dans les communautés où les enfants, les jeunes et les familles sont mal desservis.

Public(s) visé(s)

Déterminez qui devrait être au courant de vos services virtuels sans rendez-vous. Voici quelques exemples de groupes et de personnes avec lesquels vous pourriez vouloir communiquer.

- Membres de la communauté
- Écoles, programmes communautaires (p. ex., programmes parascolaires) et centres communautaires
- Organismes de santé et de services sociaux pour les enfants et les jeunes
- Organismes gouvernementaux, organismes sans but lucratif, conseils d'administration ou comités
- Médias locaux, sites Web liés à la santé mentale, bulletins d'information, blogues

Stratégies promotionnelles

- De nombreux organismes de santé mentale pour les enfants et les adolescents ont des liens étroits avec les écoles et les conseils scolaires. Les organismes peuvent travailler avec les écoles pour distribuer aux élèves des dépliants au sujet des services virtuels sans rendez-vous à apporter chez eux. Vous pouvez demander aux écoles d'envoyer un courriel aux parents, aux familles et aux fournisseurs de soins au sujet de votre nouveau service.



- Envisagez d'élaborer une stratégie globale pour les médias sociaux qui fait la promotion des services virtuels sans rendez-vous sur Facebook, Snapchat, Instagram, Twitter ou d'autres sites.
- Jeunesse, J'écoute et Ontario 211 tiennent des registres des services offerts par chaque organisme dans la communauté. Vous pouvez demander que les dossiers de votre organisme soient mis à jour pour inclure les services virtuels sans rendez-vous.
- La participation à des conseils d'administration et à des comités de votre communauté est une bonne façon d'échanger de l'information sur les nouveaux programmes et services de votre organisme. Ce niveau de participation aide également à établir des liens avec la communauté.
- L'envoi de dépliants dans les centres de soins primaires (par exemple, les cabinets de médecins) et l'établissement de relations avec les fournisseurs de soins primaires aident à faire connaître les nouveaux services.
- Il peut être utile de tirer parti des liens existants et de leur demander de transmettre vos courriels, vos dépliants ou d'autres documents aux intervenants pertinents.
- Envisagez d'utiliser des affiches, des feuilles d'information ou des infographies, des webinaires et des déjeuners-conférences.

Dans l'ensemble, il est important de choisir les stratégies de communication qui conviennent le mieux à votre organisme et à vos publics cibles.

Le Centre a élaboré une [trousse de mobilisation des connaissances](#) pour offrir à votre organisme un soutien continu dans le partage d'information au sein du secteur de la santé mentale des enfants et des adolescents.



Annexe C : évaluation des services virtuels sans rendez-vous

Pour s'assurer que les résultats souhaités sont atteints, il est important d'évaluer la façon dont les services sont mis en œuvre. L'évaluation est utile pour surveiller les services, améliorer les processus et démontrer l'amélioration des résultats en matière de santé mentale (36).

L'élaboration d'un cadre d'évaluation pour les services sans rendez-vous exige de déterminer les extraits, les résultats, les indicateurs et les mesures.

- Les extraits désignent les produits directs des services virtuels sans rendez-vous, comme le nombre de séances offertes.^{22, 36}
- Les résultats font référence à l'incidence des services virtuels sans rendez-vous, comme l'amélioration de la santé mentale.^{22, 36}

Les indicateurs nous aident à comprendre si nous atteignons les résultats prévus. Les indicateurs mesurent l'information observable. Cette information peut être exprimée sous forme de taux (par exemple, le pourcentage de jeunes ou de familles qui estiment que leurs problèmes de santé mentale ont été pris en charge par les services virtuels sans rendez-vous) ou évaluée au moyen d'une mesure (scores moyens pour tous les clients sur une liste de vérification des symptômes).

Trois types d'indicateurs peuvent vous aider à brosser un tableau global des services virtuels sans rendez-vous :

- Indicateurs de structure : évaluer nos ressources et nos politiques
- Indicateurs de processus : avec quelle efficacité mettons-nous en œuvre nos services?
- Indicateurs de résultats : l'incidence des services sur les clients

Dans un cadre scientifique de mise en œuvre, ces indicateurs fournissent de l'information sur la mise en œuvre ou les résultats propres au service.²² Les organismes peuvent créer des points de repère internes, surveiller les tendances et améliorer les services virtuels sans rendez-vous.^{22, 37} Il est également possible de déterminer les cibles de rendement, les mesures futures et les objectifs de l'organisme.²²

On peut établir des points de repère lorsqu'il y a suffisamment de données sur la qualité des services au fil du temps.

La comparaison d'indicateurs entre les organismes peut également permettre de mieux comprendre les pratiques exemplaires.³⁷

Le Centre dispose d'une [trousse qui renferme des ressources qui permettent de planifier, d'effectuer et d'utiliser l'évaluation de programmes.](#)



Tableau 1 : Exemples d'indicateurs pour les dimensions liées à la qualité

Dimension liée à la qualité	Résultats de la mise en œuvre et des services	Exemple d'indicateur
Acceptabilité des services virtuels sans rendez-vous ²²	Les enfants, les jeunes et/ou les familles sont satisfaits des services virtuels sans rendez-vous	Pourcentage d'enfants, de jeunes et/ou de familles qui déclarent que les services virtuels sans rendez-vous sont faciles à utiliser et accessibles ³⁸
Accès aux services virtuels sans rendez-vous en temps opportun ^{39, 40}	Des services virtuels sans rendez-vous sont offerts la journée même.	Pourcentage d'enfants, de jeunes et/ou de familles recevant les services le jour même
Efficacité des services virtuels sans rendez-vous	Les enfants, les jeunes et/ou les familles voient leurs symptômes s'améliorer grâce aux services virtuels sans rendez-vous.	Pourcentage d'enfants, de jeunes et/ou de familles qui estiment que les services sans rendez-vous ont répondu à leurs préoccupations en matière de santé mentale
Équité des services virtuels sans rendez-vous	Des services virtuels sans rendez-vous sont accessibles aux enfants, aux jeunes ou aux familles des communautés marginalisées.	Pourcentage d'enfants, de jeunes et/ou de familles qui utilisent des services virtuels sans rendez-vous et qui sont issus de communautés marginalisées (par exemple, le nombre de jeunes qui s'identifient comme appartenant à la communauté autochtone, 2SLGBTQI+ ou qui ne sont pas d'origine européenne).
Sécurité des services virtuels sans rendez-vous	Les incidents cliniques (comme les problèmes de sécurité) sont minimisés et/ou traités	Pourcentage de jeunes et/ou de familles qui ont fait l'objet d'une évaluation du risque (par exemple, une évaluation du risque de suicide)
Utilisation des services virtuels sans rendez-vous ²²	Les jeunes et/ou les familles reçoivent des services virtuels sans rendez-vous	Pourcentage d'enfants, de jeunes et/ou de familles qui utilisent des services virtuels sans rendez-vous
Durabilité des services virtuels sans rendez-vous ²²	Les services virtuels sans rendez-vous sont viables pour les jeunes et les familles	Pourcentage d'enfants, de jeunes et/ou de familles servis au moyen d'un service virtuel sans rendez-vous au fil du temps, y compris les utilisateurs fréquents et les nouveaux utilisateurs



En plus des résultats de la mise en œuvre, il est important d'évaluer les résultats des clients, comme l'engagement ou la perception des soins.

Le [Virtual Client Experience Survey for Mental Health and Addictions](#) (Sondage sur l'expérience des clients virtuels recevant des services de santé mentale et de traitement des dépendances, VCES) est un exemple de sondage qui peut être utilisé pour comprendre comment les clients perçoivent les soins (⁴¹ en anglais).

Pour en savoir plus sur l'évaluation des services virtuels, consultez le document [Évaluation et amélioration des services de santé mentale en ligne](#) du Centre. Cette ressource fournit des conseils sur la mesure des résultats au niveau du système, du fournisseur de services et du client pour divers services en ligne. L'évaluation de votre organisme peut également porter sur l'évaluation des coûts, des avantages et d'autres mesures économiques.



Annexe D : questions pour orienter la collecte de données de grande qualité

Tenez compte de ces questions lorsque votre organisme élabore un plan de collecte de données pour les services virtuels sans rendez-vous.^{16, 42}

- Ces données sont-elles pertinentes pour l'organisme, les jeunes et les familles?
- Ces données sont-elles recueillies régulièrement pour mesurer ou évaluer votre service virtuel sans rendez-vous?
- La quantité de données que nous avons recueillies est-elle un fardeau pour les jeunes, les familles ou les fournisseurs? Trop ou trop peu?
 - Ces données sont-elles nécessaires?
 - Les données sont-elles complètes?
- Avons-nous un plan clair sur la façon dont les données seront recueillies et à quel moment?
- Avons-nous l'intention de coupler ou de relier les données à d'autres sources de données (par exemple, les données d'autres organismes)?
- Avons-nous les compétences en littératie des données à l'interne pour effectuer des analyses statistiques et interpréter les données, ou devons-nous traiter ces données à l'externe?
- Avons-nous des mécanismes pour faire rapport et influencer l'organisme et le système en général?
- Utilisons-nous des cycles d'essai rapides fondés sur des données ou des évaluations à plus long terme?
 - Avons-nous tenu compte de la façon dont les cycles d'essai rapides permettent aux organismes de s'adapter rapidement et d'atténuer les préoccupations ou les problèmes?
 - Avons-nous un plan pour les évaluations à plus long terme?



Annexe E : glossaire

Antioppression

Le Rainbow Health Network décrit la pratique antioppressive à la page 6 de son cadre intégré de lutte contre l'oppression comme une approche qui « exige que les gens examinent leurs propres expériences et actions, et analysent de façon critique les structures sociales de pouvoir et de privilège ». Un des principes fondamentaux de cette approche est que pour que le changement se produise, le groupe dominant doit reconnaître son pouvoir et « comment ce pouvoir entraîne des privilèges et des avantages sociaux » par rapport à ceux qui sont marginalisés.⁴³

Antiracisme

Santé Ontario définit l'antiracisme à la page 2 de son « Cadre en matière d'équité, d'inclusion, de diversité et d'anti-racisme » comme :

[...] une méthode systématique d'analyse et un plan d'action proactif... [qui] reconnaît l'existence du racisme, y compris du racisme systémique, et cherche activement des manières pour déterminer, prévenir, réduire et éliminer [...] les déséquilibres de pouvoir entre les groupes [raciaux différents] et les structures qui soutiennent ces inégalités.⁴⁴

Sécurité culturelle

Curtis et ses collaborateurs (2019) recommandent la définition suivante de la sécurité culturelle, qui se trouve à la page 14 de leur publication :

La sécurisation culturelle exige que les professionnels de la santé et leurs organismes de soins de santé associés s'examinent et examinent l'impact potentiel de leur propre culture sur les interactions cliniques et la prestation de services de santé. Pour ce faire, les professionnels de la santé et les organismes de soins de santé doivent reconnaître et corriger leurs propres préjugés, attitudes, suppositions, stéréotypes, préjugés, structures et caractéristiques qui peuvent avoir une incidence sur la qualité des soins fournis. Ce faisant, la sécurité culturelle englobe une conscience critique où les professionnels de la santé et les organismes de soins de santé s'engagent dans une réflexion et une conscience de soi continues et se tiennent responsables de fournir des soins adaptés à la culture, tels que définis par le patient et sa communauté, et tels que mesurés par les progrès réalisés vers l'équité en santé. La sécurité culturelle exige que les professionnels de la santé et leurs organismes de soins associés exercent une influence sur les soins de santé afin de réduire les préjugés et d'atteindre l'équité au sein de la main-d'œuvre et de l'environnement de travail.⁴⁵



Pratiques de cybersécurité

La pratique de cybersécurité est un terme générique utilisé pour décrire les mesures organisationnelles qui protègent leur système de communication de l'information. Ces pratiques protègent le système organisationnel contre les menaces à la sécurité (comme le piratage) et fournissent également des directives sur ce qu'il faut faire en cas de menace.¹⁵

Pratique fondée sur des données probantes

La pratique fondée sur des données probantes en santé mentale des enfants et des adolescents intègre la recherche, l'expertise clinique et les points de vue des clients afin d'obtenir des résultats mesurables pour les enfants, les jeunes et leurs familles.^{46, 47,48,49}

Il existe de nombreuses sources de données probantes sur lesquelles on peut s'appuyer pour concevoir des programmes ou des interventions visant à répondre aux besoins en santé mentale des nourrissons, des enfants et des jeunes. Il s'agit notamment de données probantes provenant de la recherche, de l'expertise clinique, des données d'évaluations dans des contextes réels et de la rétroaction continue des enfants, des jeunes et des familles.^{48,50,51,52}

Offrir aux clients un service fondé sur des données probantes, c'est plus que trouver une intervention toute prête dans un manuel⁵³; les expériences des cliniciens et le consensus des experts peuvent aider à fournir une orientation, en particulier lorsqu'il y a peu de données de recherche. L'âge, les besoins de développement, la culture, les valeurs et les préférences des clients sont tous pris en compte pour assurer des interventions efficaces et appropriées.^{48,54,55}

Consentement éclairé

Le consentement éclairé est enchâssé dans la législation ontarienne, y compris la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*³, la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé et la Loi de 1992 sur la prise de décisions au nom d'autrui.²⁰ Le « Programme d'assurance de la qualité : Guide sur le consentement éclairé » de l'Ordre des psychothérapeutes autorisés désigne à la page 9 le consentement éclairé comme un processus qui « implique une communication bidirectionnelle entre le membre et le client, le membre étant responsable de fournir suffisamment d'information pour qu'un client (et/ou son mandataire) soit en mesure d'accepter ou de refuser un traitement.²⁰ »

Amélioration de la qualité (AQ)

Selon le « Document d'orientation relatif au plan d'amélioration de la qualité » de Quest, l'amélioration de la qualité dans les soins de santé est définie comme suit à la page 1 :

[...] une approche systématique pour apporter des changements qui mènent à de meilleurs résultats pour les clients et à un meilleur rendement du système de santé.

Cette approche comprend l'application de la science de l'AQ, qui fournit une structure,

3 Voir la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*, L.O. 1996, chap. 2, annexe A, par. 11 (2) et par. 11 (3).



des outils et des processus robustes pour évaluer et accélérer les efforts de mise à l'essai, de mise en œuvre et de diffusion des pratiques d'AQ. L'AQ signifie atteindre et maintenir de meilleurs résultats en matière de santé et une meilleure expérience client dans le contexte de la prestation d'un service de santé.⁵⁷

Normes de qualité

Le Centre définit les normes de qualité à la page 6 de la « Norme de qualité pour l'engagement des jeunes » comme suit :

Les normes de qualité sont essentielles à un système responsable qui ne cesse de s'améliorer. Elles jouent également un rôle central pour veiller à ce que les enfants, les jeunes et les familles de l'Ontario aient accès à des services de santé de qualité élevée homogènes, peu importe où ils sont dans la province.

Les normes de qualité sont constituées de plusieurs énoncés ou principes de qualité qui décrivent à quoi ressemble une qualité élevée en fonction de données probantes⁵⁸. Aucun de ces énoncés n'est autonome. Ces énoncés agissent plutôt de concert afin de constituer une norme de qualité cohésive. Les données probantes proviennent de nombreuses sources : de la documentation de recherche, des expériences des jeunes et des familles et des perspectives de prestataires de services.

Les normes de qualité comprennent des pratiques exemplaires qui décrivent comment des services de qualité élevée peuvent être dispensés⁵⁸. Elles comportent également des indicateurs qui illustrent les progrès ou l'incidence de ces pratiques. Des ressources et des outils sont fournis pour guider la mise en œuvre, l'évaluation et l'amélioration continue de l'application des normes de qualité.

Les normes de qualité complètent les normes d'accréditation et les lignes directrices de pratique clinique provenant d'organismes professionnels. Ensemble, ces normes et lignes directrices contribuent à assurer les meilleurs résultats en matière de santé mentale pour les enfants, les jeunes et les familles de l'Ontario.¹¹

Pratiques tenant compte des traumatismes

Le ministère du Développement de l'enfance et de la famille de la Colombie-Britannique définit la pratique tenant compte des traumatismes à la page 10 de « Healing Families, Healing Systems : A Trauma-Informed Practice Guide for Working with Children, Youth and Families » comme :

[...] mettant l'accent sur le traumatisme à tous les niveaux de soins, dans la mobilisation du système, le perfectionnement de la main-d'œuvre, les politiques de l'organisme et le travail interorganismes. Les services tenant compte des traumatismes prennent en considération la prévalence et les effets du traumatisme dans tous les aspects de la



prestation des services, et mettent la priorité sur le sentiment de sécurité, de choix, d'autonomisation et de connexion de la personne⁵⁹. Dans les interactions avec les enfants et les familles, les pratiques tenant compte des traumatismes désignent la façon d'être en relation et non une stratégie ou une méthode de traitement particulière.¹⁹



Références

1. Organisation mondiale de la Santé. (2014). WHO handbook for guideline development (2nd ed.). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/145714>
2. American Academy of Pediatrics. (2017). *Definitions explained: Standards, recommendations, guidelines, and regulations*. https://www.aap.org/en-us/Documents/Definitions_StandardsGuidelines.pdf
3. Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., Wallace, F., Burns, B. et Chambers, D. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. The National Research Implementation Network. <https://nirn.fpg.unc.edu/sites/nirn.fpg.unc.edu/files/resources/NIRN-MonographFull-01-2005.pdf>
4. National Implementation Research Network (NIRN). (2013). *Framework 3: Implementation drivers*. <https://nirn.fpg.unc.edu/module-1/implementation-drivers>
5. Bertram, R. M., Blase, K. A. et Fixsen, D. L. (2015). Improving programs and outcomes: Implementation frameworks and organization change. *Research on Social Work Practice*, 25(4), 477–487. <https://doi.org/10.1177%2F1049731514537687>
6. Uhl-Bien, M., Marion, R., & McKelvey, B. (2007). Complexity leadership theory: Shifting leadership from the industrial age to the knowledge era. *The Leadership Quarterly*, 18(4), 298-318. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2007.04.002>
7. Bertram, R., Blase, K., Shern, D., Shea, P., and Fixsen, D. (2011). *Policy research brief: Implementation opportunities and challenges for prevention and promotion initiatives*. National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD). https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/Policy%20Research%20Brief%20on%20Implementation%20Opportunities%20and%20B_1.pdf
8. Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents (le Centre). (2013). *Mise en œuvre des pratiques éclairées par les données probantes : Une trousse à outils pratique*. <https://www.cymh.ca/Modules/ResourceHub/?id=874a13b4-95ee-4b22-bd9d-717d085e898d&lang=fr>
9. Boydell, K. M., Hodgins, M., Pignatiello, A., Teshima, J., Edwards, H. et Willis, D. (2014). Using technology to deliver mental health services to children and youth: a scoping review. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 23(2), 87-99. <https://www.ncbi.nlm.nih/pmc/articles/PMC4032077/>
10. Heifetz, R. A., Grashow, A. et Linsky, M. (2009). *The practice of adaptive leadership*. Harvard Business Press.
11. Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents (le Centre). (2020). *Norme de qualité pour l'engagement des jeunes*. <https://www.cymh.ca/Modules/ResourceHub/?id=64172b4d-af0d-432a-8d66-880ba2292486&lang=fr>
12. Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents (le Centre). (2020). *Norme de qualité pour l'engagement des familles*, Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents <https://www.cymh.ca/fr/projects/family-engagement.aspx>
13. Commission de la santé mentale du Canada et Savoir pour agir. (2019). *Forum sur la santé de la jeunesse arcenciel de la CSMC et JCA : Créer des espaces sécuritaires dans les services de soins de santé pour les adultes émergents 2SLGBTQ+* Commission de la santé mentale du Canada. https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2019-07/2SLGBTQ_Emerging_Adults_Forum_Report_fr.pdf
14. Offner, K. L., Sitnikova, E., Joiner, K. et MacIntyre, C. R. (2020). Towards understanding cybersecurity capability in Australian healthcare organisations: a systematic review of recent trends, threats and mitigation. *Intelligence and National Security*, 35(4), 556-585. <https://doi.org/10.1080/02684527.2020.1752459>
15. Craigen, D., Diakun-Thibault, N. et Purse, R. (2014). Defining cybersecurity. *Technology Innovation Management Review*, 4(10), 13-21. https://timreview.ca/sites/default/files/article_PDF/Craigen_et_al_TIMReview_October2014.pdf




16. Danseco, E. Kurzawa, J. et M. Krygier-Bartz, 2020. *Transition vers les soins virtuels : Une évaluation de la prestation des services de santé mentale aux enfants et aux adolescents de l'Ontario en réponse à la COVID-19. Rapport final.* Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents <https://www.cymh.ca/fr/projects/covid-19-response.aspx>
17. Jalali, M. S., Razak, S., Gordon, W., Perakslis, E. et Madnick, S. (2019). Health care and cybersecurity: Bibliometric analysis of the literature. *Journal of Medical Internet Research*, 21(2), e12644. <https://doi.org/10.2196/12644>
18. Santé Ontario, 2020. *Adopting and integrating virtual visits into care: Draft clinical guidance for health care providers in Ontario.* https://quorum.hqontario.ca/Portals/0/Users/170/54/10154/Draft%20Clinical%20Guidance_Adopting%20and%20integrating%20virtual%20visits%20into%20care_V1.pdf?ver=2020-03-13-091936-370
19. Gouvernement de la Colombie-Britannique. (2017). *Healing families, helping systems: A trauma-informed practice guide for working with children, youth and families.* https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/child-teen-mental-health/trauma-informed_practice_guide.pdf
20. Ordre des psychothérapeutes autorisés de l'Ontario. (2018). *Quality assurance program: Informed consent workbook.* <https://www.crho.ca/wp-content/uploads/2018/06/Informed-Consent-Workbook.pdf>
21. Danseco, E., Ferguson, K. et Summers, N. (2017). *Assessing data capacity: Supporting data-informed decision-making to strengthen Ontario's child and youth mental health services.* Report to the Government of Ontario, Ministry of Children and Youth Services. Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents
22. Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffey, R. et Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: Conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services*, 38(2), 65-76. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7>
23. Forman-Hoffman, V. L., Middleton, J. C., McKeeman, J. L., Stambaugh, L. F., Christian, R. B., Gaynes, B. N., Kane, H. L., Kahwati, L. C., Lohr, K. N. et Viswanathan, M. (2017). Quality improvement, implementation, and dissemination strategies to improve mental health care for children and adolescents: a systematic review. *Implementation Science*, 12(93), 1-21. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0626-4>
24. Watt, D. (2017). Dealing with difficult conversations: Anti-racism in youth & community work training. *Race Ethnicity and Education*, 20(3), 401-413. <https://doi.org/10.1080/13613324.2016.1260235>
25. Bennett, K., Bennett, A. J., et Griffiths, K. M. (2010). Security considerations for e-mental health interventions. *Journal of Medical Internet Research*, 12(5), e61. <https://doi.org/10.2196/jmir.1468>
26. Centre de la sécurité des télécommunications. 2017. *Tableau de bord du programme d'audit de la cybersécurité.* https://cyber.gc.ca/sites/default/files/2020-09/Cyber-Security-Audit-Program-Placemat_f.pdf
27. Lucente, G., Danseco, E., Kurzawa, J. et Sundar, P. (2021). *Faire progresser l'équité raciale ensemble : Revue de la littérature sur les pratiques organisationnelles efficaces.* Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents. <https://www.cymh.ca/Modules/ResourceHub/?id=b9e88f13-0ad5-4fdf-be1d-47dd48dda5e0&lang=fr>
28. Leeman, J., Calancie, L., Hartman, M. A., Escoffery, C. T., Herrmann, A. K., Tague, L. E., Moore, A. A., Wilson, K. M., Schreiner, M. et Samuel-Hodge, C. (2015). What strategies are used to build practitioners' capacity to implement community-based interventions and are they effective: A systematic review. *Implementation Science*, 10(1), e80. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0272-7>
29. Kienle, G. S. et Kiene, H. (2011). Clinical judgement and the medical profession. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(4), 621-627. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3113.2011.04621.x>




- [org/10.1111/j.1365-2753.2010.01560.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01560.x)
30. Wiljer, D., Charow, R., Costin, H., Sequeira, L., Anderson, M., Strudwick, G., Tripp, T. et Crawford, A. (2019). Defining compassion in the digital health age: Protocol for a scoping review. *BMJ open*, 9(2), e026338. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026338>
 31. Wiljer, D., Strudwick, G. et Crawford, A. (2020). Caring in a digital age: Exploring the interface of humans and machines in the provision of compassionate health care. Dans B.D. Hodges, G. Peach et S. Whyte (éd.), *Without compassion there is no healthcare : Leading with care in a technological age* (pp. 33-57). McGill Queen's University Press.
 32. Patterson, F. et Zibarras, L. (éd.). (2018). *Selection and recruitment in the healthcare professions: Research, theory and practice*. Palgrave Macmillan. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-94971-0>
 33. Gunderson, L. M., Willging, C. E., Jaramillo, E. M. T., Green, A. E., Fettes, D. L., Hecht, D. B. et Aarons, G. A. (2018). The good coach: Implementation and sustainment factors that affect coaching as evidence-based intervention fidelity support. *Journal of Children's Services*, 13(1), 1-17. <https://doi.org/10.1108/JCS-09-2017-0043>
 34. Waid, C., Steven, S., Sinclair, L., Priest, L., Petrie, S., Carson, D. B. et Peters, P. A. (2019). *Report: Interventions for Rural and Remote Youth Mental Health*. Spatial Determinants of Health Lab, Carleton University. <https://doi.org/10.22215/sdhlab/2019.4>
 35. Shaw, J., Chandra, S., Gordon, D., Bickford, J., Fujioka, J., Yang, R., Griffith, J., Gibson, J. et Bhatia, S. (2019). *Digital health technologies for a more equitable health systems: A discussion paper*. www.wchvihv.ca/assets/uploads/Digital_Health_and_Equity_Report_September_2020FINAL.pdf
 36. Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents (le Centre). (2013). *Un outil pour l'évaluation des programmes : outils permettant de planifier, d'effectuer et d'utiliser l'évaluation*. <https://www.cymh.ca/Modules/ResourceHub/?id=6d1cdf70-8a99-4432-aba6-e19862da6857&lang=fr>
 37. Ettorchi-Tardy, A., Levif, M. et Michel, P. (2012). Benchmarking: A method for continuous quality improvement in health. *Healthcare Policy*, 7(4), 101-119. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3359088/>
 38. Baumel, A. (2018). Making the case for a feasible evaluation method of available e-mental health products. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 45(1). <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0764-z>
 39. Bucci, S., Berry, N., Morris, R., Berry, K., Haddock, G., Lewis, S. et Edge, D. (2019). "They are not hard-to-reach clients. We have just got hard-to-reach services." Staff views of digital health tools in specialist mental health services. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 1-14. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00344>
 40. Lal, S. (2019). E-mental health: Promising advancements in policy, research, and practice. *Healthcare Management Forum*, 32(2), 56-62. <https://doi.org/10.1177/0840470418818583>
 41. Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH). 2020. *Virtual Client Experience Survey for Mental Health and Addictions (VCES)*. <https://edc.camh.ca/redcap/surveys/?s=7CRKNYT7FY>
 42. American Health Information Management Association (AHIMA). 2015. *Data quality management model*. <http://library.ahima.org/PB/DataQualityModel#.X39kQmhKq2z>
 43. Rainbow Health Ontario. (2009). *Training for change: An integrated anti-oppression framework*. <https://www.rainbowhealthontario.ca/wp-content/uploads/2009/08/RHN-Framework.pdf>
 44. Santé Ontario, 2020. *Cadre en matière d'équité, d'inclusion, de diversité et d'anti-racisme de Santé Ontario*. <https://www.ontariohealth.ca/sites/ontariohealth/files/2020-12/Equity%20Framework%20French.pdf>
 45. Curtis, E., Jones, R., Tipene-Leach, D., Walker, C., Loring, B., Paine, S. J. et Reid, P. (2019). Why cultural safety rather than cultural competency is required to achieve health equity: a literature review and recommended definition. *International Journal for Equity in Health*, 18(1), Article 174. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1082-3>



46. American Psychological Association. (2005). *American Psychological Association policy statement on evidence-based practice in psychology*. <https://www.apa.org/practice/resources/evidence/evidence-based-report.pdf>
47. American Psychological Association Task Force on Evidence-Based Practice with Children and Adolescents. (2008). *Disseminating evidence-based practice for children & adolescents: A systems approach to enhancing care*. <https://www.apa.org/practice/resources/evidence/children-report.pdf>
48. Société canadienne de psychologie (2012). *Evidence-based practice of psychological treatments: A Canadian perspective*. https://cpa.ca/docs/File/Practice/Report_of_the_EBP_Task_Force_FINAL_Board_Approved_2012.pdf
49. Peterson, C. B., Becker, C. B., Treasure, J., Shafran, R. et Bryant-Waugh, R. (2016). The three-legged stool of evidence-based practice in eating disorder treatment: Research, clinical, and patient perspectives. *BMC Medicine*, 14(69), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12916-016-0615-5>
50. Chorpita, B. F., Daleiden, E. L., Ebesutani, C., Young, J., Becker, K. D., Nakamura, B. J. et Starace, N. (2011). Evidence-based treatments for children and adolescents: An updated review of indicators of efficacy and effectiveness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18(2), 154-172. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2011.01247.x>
51. Donaldson, S. I., Christie, C. et Mark, M. M. (éd.). 2009. *What counts as credible evidence in applied research and evaluation practice?* Sage Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781412995634>
52. Tsai, K. H., Moskowitz, A. L., Brown, T. E., Park, A. L. et Chorpita, B. F. (2016). Interpreting progress feedback to guide clinical decision-making in children's mental health services. *Administration and Policy in Mental Health*, 43(2), 199–206. <https://doi.org/10.1007/s10488-015-0630-4>
53. Kendall, P.C. et Frank, H.E. (2018). Implementing evidence-based treatment protocols: Flexibility within fidelity. *Clinical Psychology: A Publication of the Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association*, 25(4), 1-19. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12271>
54. Malti, T., Noam, G. G., Beelmann, A. et Sommer, S. (2016). Toward dynamic adaptation of psychological interventions for child and adolescent development and mental health. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(6), 827-836. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1239539>
55. Westerlund, A., Ivarsson, A. et Richter Sundberg, L. (2020). Evidence-based practice in child and adolescent mental health services: The challenge of implementing national guidelines for treatment of depression and anxiety. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 0, 1-9. <https://doi.org/10.1111/scs.12859>
56. Qualité des services de santé Ontario, (2017). *La qualité ça compte : Réaliser l'excellence des soins pour tous*. Comité consultatif sur la qualité du système de Qualité des services de santé Ontario. <https://hqontario.ca/Portals/0/documents/health-quality/realizing-excellent-care-for-all-1704-fr.pdf>
57. Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents (le Centre). (2020). *Quality improvement plan guidance*.

 613-727-2297

 613-738-4894

 smea.ca (FR)
cymh.ca (EN)

 [cymhon](https://www.linkedin.com/company/cymhon)

 [@CYMH_ON](https://twitter.com/CYMH_ON)

 [CYMHOntario](https://www.facebook.com/CYMHOntario)



**695, avenue Industrial,
Ottawa (Ontario) Canada
K1G 0Z1**



Ontario Centre of Excellence
for Child & Youth Mental Health
Centre d'excellence de l'Ontario en santé
mentale des enfants et des adolescents