

Gestion des soins coordonnés pour les patients présentant des problèmes de santé mentale et/ou de lutte contre les dépendances – partie 2

Mettre en place des processus et des programmes afin de minimiser les interruptions ou les retards d'accès aux services, améliorer les transitions et réacheminer les visites évitables à l'hôpital.

Publié en juillet 2017

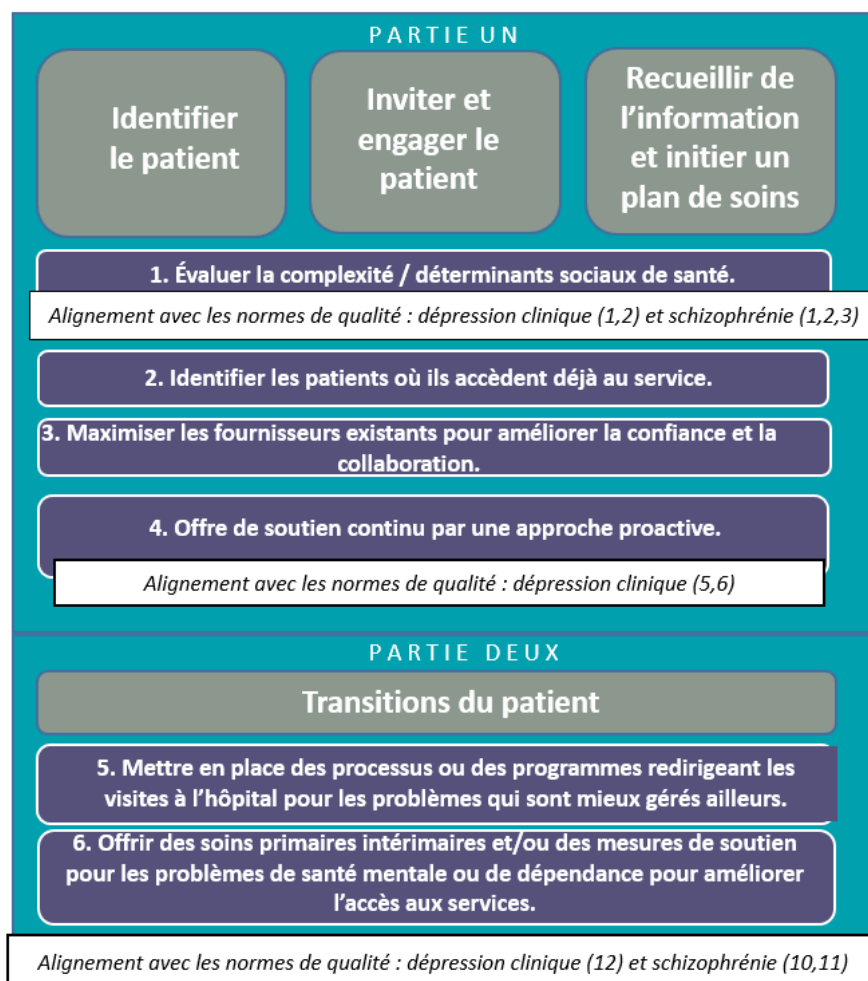
Il a été établi que la gestion des soins coordonnés est une approche efficace pour l'amélioration de la qualité des soins des patients ayant des besoins complexes en matière de santé et de bien-être. En 2016, Qualité des services de santé Ontario a collaboré avec les maillons santé provinciaux pour créer une série de pratiques innovantes (selon les meilleures données probantes et données d'amélioration de la qualité offertes) pour améliorer la qualité de la gestion des soins coordonnés pour les Ontariens ayant des besoins complexes en matière de santé et de bien-être. Les patients, les familles, les fournisseurs de soins et les planificateurs de système ont établi des considérations spéciales pour la gestion des soins coordonnés pouvant être utilisées avec les individus présentant des problèmes de santé mentale et/ou de lutte contre les dépendances. Ces considérations s'appliquent plus précisément aux thèmes de a) l'équité en santé et des déterminants sociaux en santé, b) des partenariats uniques avec les services sociaux et communautaires et c) de la confiance et des relations.

En collaboration avec les maillons santé, Qualité des services de santé Ontario a effectué un balayage environnemental des pratiques innovantes actuelles mises à l'essai sur le terrain, un examen des meilleures données probantes et données d'amélioration de la qualité offertes, ainsi que l'identification d'une collection de pratiques innovantes visant à améliorer la qualité des soins liée à la gestion des soins coordonnés pour les patients présentant des besoins complexes, y compris les problèmes de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Les pratiques innovantes en découlant et les éléments d'appui connexes pour la mise en œuvre sont présentés en deux parties. La partie 1 mettra l'accent sur les pratiques innovantes liées aux étapes *Identifier le patient*, *Inviter et engager le patient* et *Rassembler l'information et lancer le plan de soins* du processus de gestion des soins coordonnés. La partie 2 mettra l'accent sur les pratiques liées à l'étape *Transition du patient*.

Les pratiques innovantes sont conçues pour compléter les normes de qualité. Selon les meilleures données probantes, les normes de qualité mettent l'accent sur les affections et les autres problèmes de santé où l'on constate des variations indésirables importantes dans la prestation des soins ou des écarts entre les soins offerts et les soins que les patients devraient recevoir (de plus amples renseignements sont offerts au www.hqontario.ca/Améliorer-les-soins-grâce-aux-données-probantes/Normes-de-qualité). Lorsqu'on constate un alignement entre une pratique innovante et un énoncé de qualité spécifique provenant d'une norme de qualité connexe, on recommande que la mise en œuvre de l'énoncé de qualité précède la mise en œuvre des pratiques innovantes.

La Figure 1 est un résumé des pratiques innovantes conçues pour améliorer la gestion des soins coordonnés pour les patients ayant des problèmes de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Les parties 1 et 2 sont incluses et les énoncés de qualité connexes sont présentés dans ce document visuel.

Figure 1 : Pratiques pour améliorer la gestion des soins coordonnés pour les patients ayant des problèmes de santé mentale et/ou de lutte contre les dépendances



Les nombres entre parenthèses indiquent les énoncés de qualité connexes dans la norme de qualité.

Contexte

Les services d'urgence des hôpitaux peuvent s'avérer une ressource valable pour les patients présentant des problèmes de santé mentale et de lutte contre les dépendances en situation de crise ou nécessitant un accès urgent à des soins de santé et à un soutien. Cependant, certaines visites peuvent être prises en charge plus efficacement ailleurs. S'assurer que les soins adéquats sont fournis au bon endroit et au bon moment peut offrir de meilleurs résultats en santé et de meilleures expériences pour les patients, tout en réduisant les visites évitables au service des urgences, ainsi que les admissions subséquentes.¹

¹Brien S, Grenier L, Kapral M.E., Kurdyak P, Vigod S. Taking stock: a report on the quality of mental health and addictions services in Ontario. Un rapport QSSO/IRSS [Internet]. Toronto : Health Quality Ontario and Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2015 [citation datant du 15 mai 2017]. Disponible au : <http://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/pr/theme-report-taking-stock-fr.pdf>

Description de cette pratique innovante

Cette pratique vise à encourager les maillons santé à développer des partenariats, et à profiter ou à créer des pratiques ou des processus qui favorisent le réacheminement vers des soins communautaires appropriés et opportuns dès l'apparition ou l'exacerbation des conditions de santé mentale et qui favorisent des transitions efficaces de l'hôpital à la maison (en s'assurant que les plans et les services nécessaires sont en place pour offrir le meilleur soutien au bien-être continu du patient dans la communauté). Cette pratique comprend des processus et des services pouvant être offerts au patient dès son admission à l'hôpital, lors de la planification de l'admission ou du congé, ou lors de son congé de l'hôpital.

Pratique innovante	Évaluation de la pratique innovante ²	Appui du groupe de référence clinique pour l'expansion
Mettre en place des processus et des programmes afin de minimiser les interruptions ou les retards d'accès aux services, améliorer les transitions et réacheminer les visites évitables à l'hôpital.	PROMETTEUSE	Expansion provinciale avec une réévaluation à l'aide du Cadre d'évaluation des pratiques innovantes ² dans un (1) an (juillet 2018).

Mise en place d'une pratique innovante		
ÉTAPES DE MISE EN PLACE	OUTILS ET RESSOURCES	CONSIDÉRATIONS
Pour la planification des maillons de santé : 1. Explorer les occasions pour les patients d'avoir accès aux organisations et aux fournisseurs déjà existants, dès l'apparition des besoins. Développer de nouveaux partenariats tels que requis. 2. Développer des processus et des pratiques en collaboration avec les patients, les fournisseurs et les partenaires communautaires qui appuient ces liens. Lorsqu'un processus ou une pratique efficace est mis en place, en informer les fournisseurs et les patients.	Trousse d'outils de planification des soins coordonnés de Hamilton, Niagara, Haldimand et Brant : http://www.hnhblhin.on.ca/forhsp/HealthLinkResources/CoordinatedCarePlanningToolkit.aspx?sc_Lang=en Remarque : Cette trousse d'outils fournit des	Pour les cliniques : Les fournisseurs peuvent offrir de l'éducation, de l'information et du soutien aux patients prenant des décisions concernant leurs soins. Cependant, la décision d'accéder ou non aux services d'urgence ou à l'urgence dépend du

²Pour obtenir de plus amples renseignements sur les évaluations du Cadre d'évaluation des pratiques innovantes, veuillez visiter : <http://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/qi/health-links/innovative-practices-evaluation-framework-overview-fr.pdf>.

Mise en place d'une pratique innovante		
ÉTAPES DE MISE EN PLACE	OUTILS ET RESSOURCES	CONSIDÉRATIONS
Pour les cliniques : 1. Aider les patients à entrer sans tarder en contact avec (ou comprendre comment entrer en contact avec) les services déjà existants pour les conditions futures dans le parcours du patient, afin de réduire les visites potentiellement évitables à l'hôpital, dans l'ensemble. 2. Si la consultation du patient a lieu à l'hôpital, entrer sans tarder en contact avec les systèmes de soutien de transition du processus de planification du congé, afin de réduire les risques d'écart dans les services offerts lors du retour à la maison et dans la communauté. 3. Documenter les ententes dans le plan de soins coordonnés, tel que requis.	modèles de lettres pour les médecins, les codes de facturation, etc. Trousse d'outils des maillons santé du Centre-Est - Planification des soins coordonnés : http://healthcareathome.ca/centraleast/en/who/Documents/Health_Link_s/toolkit/CEHealthLinks-Toolkit-V2.pdf L'annexe A fournit d'autres outils et ressources.	patient ou du subrogé. Les patients devraient continuer de se croire en mesure de prendre des décisions et d'obtenir du soutien lors de la prise de décision concernant leurs soins de santé.

Aplanir les transitions : harmoniser les pratiques innovantes et les normes de qualité

Les normes de qualité sont des ensembles concis d'énoncés faciles à comprendre et fondés sur les meilleures données probantes. Elles offrent des pratiques pouvant aider les partenaires avec la gestion des soins coordonnés. Des renseignements supplémentaires sur cette norme de qualité sont offerts au :

<http://www.hqontario.ca/Améliorer-les-soins-grâce-aux-données-probantes/Normes-de-qualité>.

Cette pratique innovante s'aligne avec les normes de qualité suivantes :

- **Norme de qualité pour la dépression clinique :** Traiter les adultes et les adolescents, ce qui comprend des énoncés de qualité s'appliquant au traitement des adultes et des adolescents qu'on croit être atteints de dépression majeure, dans tous les milieux de soins, à l'exception des femmes souffrant de dépression postpartum et des jeunes enfants.
- **Norme de qualité pour la schizophrénie :** Traiter les adultes dans les hôpitaux, ce qui comprend les soins pour les personnes de plus de 18 ans recevant des soins dans un service des urgences ou admises à l'hôpital. Elle offre également de l'orientation pour les soins offerts lorsqu'une personne est en transition, notamment, au moment de son congé d'hôpital.

Norme de qualité pour la dépression clinique : Traiter les adultes et les adolescents

<http://www.hqontario.ca/Am%C3%A9liorer-les-soins-gr%C3%A2ce-aux-donn%C3%A9es-probantes/Normes-de-qualit%C3%A9/Voir-toutes-les-normes-de-qualit%C3%A9/D%C3%A9pression-clinique>

- **Énoncé de qualité 12 — Transitions de soins :** Les transitions entre les fournisseurs de soins peuvent accroître le risque d'erreur ou de mauvaise communication concernant les soins d'une personne. Il est important que les personnes souffrant de dépression majeure, et transférées d'un fournisseur de soins à un autre, aient un plan de soins qui est partagé avec eux et entre leurs fournisseurs. Une communication optimale et une coordination du traitement avec les autres professionnels de la santé diminuent le risque de rechute et peuvent réduire les effets secondaires. Si la personne est transférée à un nouveau fournisseur, il est important de s'assurer que ce nouveau fournisseur accepte ce patient, avant de le transférer. Un rendez-vous de suivi après l'hospitalisation aide à soutenir la transition dans la communauté. Il peut permettre l'identification de problèmes liés aux médicaments; il vise aussi à maintenir la stabilité clinique et fonctionnelle et à prévenir la réadmission à l'hôpital. Il est tout particulièrement important que les personnes souffrant de dépression majeure et admises à l'hôpital avec un risque élevé de suicide soient suivies dès leur congé de l'hôpital. Si le consentement de la personne est obtenu, sa famille ou ses aidantes et aidants devraient être informés du risque potentiel de suicide.

Norme de qualité pour la schizophrénie : Traiter les adultes dans les hôpitaux

<http://www.hqontario.ca/Am%C3%A9liorer-les-soins-gr%C3%A2ce-aux-donn%C3%A9es-probantes/Normes-de-qualit%C3%A9/Voir-toutes-les-normes-de-qualit%C3%A9/Schizophr%C3%A9nie>

- **Énoncé de qualité 10 — Rendez-vous de suivi après le congé :** Un rendez-vous de suivi après l'hospitalisation aide à soutenir la transition de la personne dans la communauté. Il peut permettre l'identification de problèmes liés aux médicaments; il vise aussi à maintenir la stabilité clinique et fonctionnelle et à prévenir la réadmission à l'hôpital.
- **Énoncé de qualité 11 — Transitions de soins :** Les transitions de l'hôpital sont des événements importants qui peuvent introduire un risque de rupture dans les soins d'une personne, ainsi que la perte d'informations essentielles ou leur mauvaise transmission. Il est important que les personnes souffrant de schizophrénie et recevant leur congé de l'hôpital aient un plan de soins partagé entre leurs fournisseurs à l'hôpital et ceux dans la communauté.

Mesures

Des **mesures d'amélioration de la qualité** sont utilisées pour aider à surveiller le progrès de l'intégration d'un changement et déterminer si ledit changement mène à des améliorations. Tout comme un fournisseur de soins de santé surveille la fréquence cardiaque ou la tension artérielle pour vérifier la réaction d'un patient à un traitement, recueillir l'information liée aux processus pour l'amélioration de la prestation des soins permet à l'équipe de vérifier si elle maintient le cap vers un environnement de soins plus fiable. Pour obtenir plus d'information sur l'amélioration et la mesure de la qualité, veuillez visiter qualitycompass.hqontario.ca/portal/getting-started.

Les mesures suivantes ont été créées pour aider à déterminer si les pratiques innovantes liées à la gestion des soins coordonnés **sont mises en œuvre** pour les patients présentant des problèmes complexes de santé mentale et de lutte contre les dépendances; les répercussions de ces pratiques sur les **processus** des maillons santé et les **résultats** des soins pour le patient, la population ou les systèmes.

Les maillons santé, les organisations et les fournisseurs choisissant de mettre en place une ou plusieurs pratiques innovantes sont **fortement encouragés à recueillir les données sur les mesures connexes et à les transmettre à Qualité des services de santé Ontario**. Cela permettra d'améliorer l'analyse au prochain examen et sera bénéfique pour tous les maillons santé.

Mesures suggérées (veuillez consulter l'Annexe B pour obtenir plus de détails)	
MESURE DU RÉSULTAT :	MESURES DES PROCESSUS
Pourcentage de patients ou de clients qui ont visité le service des urgences pour des conditions « mieux prises en charge ailleurs. »*	Pourcentage de patients ayant des conditions complexes qui incluent un problème de santé mentale ou de lutte contre les dépendances, admissibles à des services de réacheminement fournis avec de l'information sur un programme de réacheminement approprié (incluant quand et comment accéder au service).

* Cette mesure suggérée est étroitement liée à l'indicateur des plans d'amélioration de la qualité (QIP).

Annexe A : Exemples concrets de cette pratique innovante

Mettre en place des processus et des programmes afin de minimiser les interruptions ou les retards d'accès aux services, améliorer les transitions et réacheminer les visites évitables à l'hôpital.

Publié en juillet 2017

La présente annexe contient des exemples sur les façons dont les maillons santé, les organisations partenaires et les fournisseurs ont mis en place la présente pratique innovante. Veuillez noter que cette ressource est conçue pour appuyer (et non remplacer) la prise de décisions opérationnelle et clinique dans les maillons santé. Chaque maillon santé peut choisir de s'inspirer des exemples ou les utiliser pour orienter la conception des autres approches de mise en œuvre, selon les besoins.

Ces exemples ont été identifiés à l'aide de consultations à grande échelle avec les Réseaux locaux d'intégration des soins de santé (RLISS), les maillons santé et les spécialistes en amélioration de la qualité appuyant les différentes régions des RLISS. De plus, les pratiques innovantes ont été établies à l'aide d'analyses des plans d'amélioration de la qualité, des travaux des projets du Programme pour l'excellence à travers tous les secteurs (IDÉES), l'initiative Excellence par l'amélioration de la qualité (E-QIP) et les soumissions de résumés de Transformation Qualité de la santé.

Comment les autres ont-ils mis en œuvre cette pratique?

Veuillez noter que la mise en œuvre de ces pratiques innovantes est présentée en ordre alphabétique, selon le nom du premier RLISS indiqué.

RLISS du Centre

Maillon santé South Simcoe Northern York Region

Le maillon santé South Simcoe Northern York Region bénéficie d'un partenariat qui a permis à un travailleur de l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) d'être présent dans une unité d'admission à l'hôpital Southlake Regional Health Centre. Ce travailleur soutient le patient dans sa transition de l'hôpital à la maison. Les patients effectuant des visites fréquentes à l'urgence ou à l'unité d'admission en santé mentale à l'hôpital profitent de soins coordonnés, de services à long terme dans la communauté, afin de s'assurer de réussir le congé de l'hôpital et de réduire la probabilité de réadmission. Ce maillon santé rapporte que ses services ont entraîné une diminution des visites et admissions subséquentes à l'hôpital.

Outils et ressources

- Renseignements supplémentaires concernant la participation du maillon santé de la région de South Simcoe et de Northern York à l'initiative collaborative de l'Institute for Healthcare Improvement pour l'amélioration de la santé et la réduction des coûts des patients ayant des besoins complexes :
<http://www.southlakeregional.org/Default.aspx?cid=1606&lang=1>

RLISS du Centre-Est

Maillon santé Durham Nord Est, maillon santé Peterborough, maillon santé Northumberland County, et maillon santé Haliburton County and City of Kawartha Lakes

Dans le RLISS du Centre-Est, les fournisseurs et les patients de Durham Nord-Est et des maillons santé associés avec le Nord-Est (maillons santé Peterborough, maillon santé Northumberland County et maillon santé Haliburton County and City of Kawartha Lakes) ont participé au programme de transition entre l'hôpital et la maison (H2H). Dans le cadre de cette initiative, les membres du personnel des agences de santé mentale communautaire et de lutte contre les dépendances sont installés au même endroit dans des équipes d'hôpitaux locaux, afin de soutenir les patients à leur arrivée à l'urgence, ou à des services d'admission à l'hôpital avec transition réussie de réinsertion communautaire, et réduire la probabilité de réadmission à l'hôpital. Au nombre des partenaires on retrouve : Services de santé mentale de la région de Durham, Association canadienne pour la santé mentale (ACSM), FourCAST Addiction Services et Pinewood Centre. Les services varient selon les endroits, mais incluent l'évaluation, la prise en charge à court terme, la gestion d'une instance de traitement communautaire, une intervention de crise communautaire, ainsi qu'un soutien au logement. Les réadmissions à 30 jours en santé mentale et en lutte contre les dépendances se sont avérées significativement moins élevées pour les patients impliqués avec le service. Le projet pilote a évolué et il est en voie d'être appliqué dans les autres maillons santé au sein du RLISS du Centre-Est.

RLISS du Centre-Ouest

Tous les maillons santé associés

Tous les maillons santé du RLISS du Centre-Ouest sont actuellement en voie de mettre en place le programme In-STED, créé à la suite d'un partenariat entre trois sites de soins aigus (l'Hôpital Civic de Brampton, l'hôpital général d'Etobicoke, ainsi que le Headwaters Health Care Centre), l'Association canadienne pour la santé mentale/filiale de Peel (CMHA Peel), SHIP (Supportive Housing in Peel), ainsi que Punjabi Community Health Services (PCHS). Le programme In-STED vise à identifier de façon précoce les besoins en santé mentale et de lutte contre les dépendances, et à intervenir dans le cadre de services de prise en charge à court terme qui sont à la fois opportuns, de qualité, intégrés et culturellement adaptés. En mettant l'accent sur les utilisateurs répétés les plus vulnérables des services d'urgence, l'équipe In-STED s'efforce de répondre aux besoins les plus critiques des particuliers et les réfère aux services appropriés. Le programme In-STED aide aussi à remettre en contact des clients avec les services ou les ressources déjà en place, mais souvent situés dans d'autres régions. L'objectif visé est que le programme In-STED aidera à réduire les visites répétées à l'urgence de l'hôpital, fournissant un soutien efficace pour le rétablissement ainsi qu'une stabilité pour les personnes en attente de services à long terme. Dans l'ensemble, ce programme a contribué à une diminution significative des réadmissions à l'hôpital à 30 jours, dans les cas de problèmes de santé mentale et de consommation de substances.

Tools and Resources

- Renseignements supplémentaires concernant le programme In-STED : <http://cmhapeeldufferin.ca/programs-services/in-sted/>

RLISS du Sud-Est

Maillon santé de Quinte

Le maillon santé de Quinte a établi un partenariat avec les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances du comté de Hastings Prince Edward (AMHS-HPE), afin de mettre en place un programme de réacheminement aux services d'urgence. Le programme offre six semaines de soutien intensif et intentionnel à la prise en charge de cas pour les patients dans la communauté, et réduit la probabilité de réadmission à l'hôpital. Ce programme a réussi à mettre en contact des patients avec les services de logement, sécurité alimentaire, soutien financier et autres ressources communautaires. Le projet est actuellement en phase pilote et devrait aussi être offert aux autres maillons santé du RLISS.

RLISS du Centre-Toronto

Maillon santé de Toronto Ouest

La Toronto Community Addiction Team (TCAT) de St. Stephen's Community House (SSCH) est un programme financé par le RLISS du Centre-Toronto offrant un service de prise en charge mobile partout en ville, aux particuliers ayant des problèmes complexes de toxicomanie accompagnés de réadmissions fréquentes au service de prise en charge du sevrage ou d'urgence de l'hôpital. Le programme comprend environ 13 gestionnaires de cas s'impliquant auprès de jusqu'à 153 clients à la fois.

La TCAT de SSCH, le University Health Network et le maillon santé de Toronto-Ouest ont collaboré pour mettre en place un système d'avis par courriel pour améliorer la coordination et la continuité des soins pour les clients de la TCAT afin de réduire davantage les visites évitables au service d'urgence. Lorsqu'un client de la TCAT est traité à l'urgence, un avis par courriel est envoyé au gestionnaire de cas de la TCAT et au travailleur social assignés de l'urgence qui collaborent afin de coordonner les soins. Le système d'avis par courriel et l'approche des soins coordonnés ont permis d'améliorer les résultats des clients et entraîné une réduction supplémentaire des réadmissions au service d'urgence.

Outils et ressources

- Renseignements supplémentaires concernant le programme TCAT :
http://www.addictionsandmentalhealthontario.ca/uploads/1/8/6/3/18638346/tb1_toronto_community_addiction_team_-_innovative_care_coordination.ppsx

Annexe B : Spécifications des mesures

Mettre en place des processus et des programmes afin de minimiser les interruptions/ les accès retardés aux services, améliorer les transitions et réacheminer les visites évitables à l'hôpital.

Publié en juillet 2017

1. Pourcentage de patients ou de clients qui ont visité le service des urgences pour des conditions « mieux prises en charge ailleurs. »*

Pratique innovante	Mettre en place des processus et des programmes afin de minimiser les interruptions/ les accès retardés aux services, améliorer les transitions et réacheminer les visites évitables à l'hôpital.
Type de mesure	Mesure du résultat
Définition/description	Pourcentage de patients ou de clients qui ont visité le service des urgences pour des conditions « mieux prises en charge ailleurs. » Dimensions : Efficace Direction de l'amélioration : Réduire (diminuer)
Spécifications supplémentaires	Numérateur : Nombre total de patients sur la liste avec une visite à l'urgence pour une condition mieux prise en charge ailleurs, sur une période donnée x 100. Dénominateur : Nombre total de patients sur la liste, âgés de 1 à 74 ans sur une période donnée. Critères d'exclusion : Patients répondant aux critères, mais qui n'ont pas eu accès au maillon santé, car ils ont quitté la zone desservie du maillon santé ou sont décédés.
Période de rapport	Recommander que le maillon santé recueille et présente les données pendant un minimum de trois (3) mois.
Source de données	Collecte manuelle des données par les fournisseurs de soins primaires, l'hôpital et les soins communautaires participants du maillon santé.
Commentaires	Les mesures des résultats sélectionnées aideront à évaluer les efforts pour introduire des pratiques innovantes à la gestion des soins coordonnés.

* Cette mesure suggérée est étroitement liée à l'indicateur des plans d'amélioration de la qualité (QIP).

2. Pourcentage de patients ayant des conditions complexes qui incluent un problème de santé mentale ou de lutte contre les dépendances, admissibles à des services de réacheminement fournis avec de l'information sur un programme de réacheminement approprié (incluant quand et comment accéder au service).

Pratique innovante	Mettre en place des processus et des programmes afin de minimiser les interruptions/ les accès retardés aux services, améliorer les transitions et réacheminer les visites évitables à l'hôpital.
Type de mesure	Mesure de processus
Définition/description	Pourcentage de patients ayant des conditions complexes qui incluent un problème de santé mentale ou de lutte contre les dépendances, admissibles à des services de réacheminement fournis avec de l'information sur un programme de réacheminement approprié (incluant quand et comment accéder au service) Dimensions : Efficace, opportun Direction de l'amélioration : Augmenter (plus élevé)
Spécifications supplémentaires	Numérateur : Nombre de patients admissibles à des services de réacheminement fournis avec de l'information sur un programme de réacheminement approprié (incluant quand et comment accéder au service). Dénominateur : Nombre de patients admissibles des services de réacheminement. Critères d'exclusion : Patients répondant aux critères, mais qui n'ont pas eu accès au maillon santé, car ils ont quitté la zone desservie du maillon santé ou sont décédés.
Période de rapport	Recommander que le maillon santé recueille et présente les données pendant un minimum de trois (3) mois.
Source de données	Collecte manuelle des données par les fournisseurs de soins primaires, l'hôpital et les soins communautaires participants du maillon santé.
Commentaires	Les mesures de processus sont utilisées pour évaluer : 1. Le progrès des composants de l'intégration, tels que la portée (la fréquence d'utilisation de la pratique). 2. L'adhésion (fidélité) aux spécifications des étapes qui doivent être suivies pour qu'un programme ou une pratique soit mis en œuvre. 3. La durabilité du processus, tel que conçu, pour qu'il soit conservé lorsque l'attention initiale s'est atténuée.