



Science of Nursing
and Health Practices




Science infirmière
et pratiques en santé


Article de protocole de recherche | Research protocol article


Evaluation of a Training Program Prototype to Promote the Adoption of Clinical Mental Health Assessment Best Practices Among Primary Care Nurses: A Research Protocol


Évaluation du prototype d'un programme de formation continue visant l'adoption des bonnes pratiques d'évaluation clinique en santé mentale par les infirmières de soins primaires : protocole de recherche


Ariane Girard  <https://orcid.org/0000-0002-2224-0908> School of Nursing, Université de Sherbrooke, Campus de la santé, Sherbrooke, Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux, Quebec, Canada

Sarah Lafontaine  <https://orcid.org/0000-0001-6650-4437> School of Nursing, Université de Sherbrooke, Campus de Longueuil, Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux, Quebec, Canada


Marie-Hélène Lemée  <https://orcid.org/0009-0000-4324-3668> School of Nursing, Université de Sherbrooke, Campus de la santé, Sherbrooke, Quebec, Canada

Jean-Daniel Carrier  <https://orcid.org/0000-0001-5908-7567> Department of Psychiatry, Université de Sherbrooke, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Hôtel-Dieu, Quebec, Canada

Jérémie Beaudin  <https://orcid.org/0000-0003-4451-9448> Nursing Module, Université du Québec à Chicoutimi, Quebec, Canada

Luz Piedad Arroyave  <https://orcid.org/0009-0000-9019-8978> Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'île-de-Montréal, Quebec, Canada

Sabina Abou Malham  <https://orcid.org/0000-0003-2885-6807> School of Nursing, Université de Sherbrooke, Campus de Longueuil, Quebec, Canada

Maxime Sasseville  <https://orcid.org/0000-0003-1694-1414> Faculty of Nursing, Université Laval, VITAM - Research Center on Sustainable Health, Quebec, Canada

Correspondance | Correspondence:

Ariane Girard

ariane.girard2@usherbrooke.ca



Keywords

mental health assessment; primary care; reflective practice; nursing practice; continuing education

Abstract

Introduction: Nurses play an essential role in the detection and assessment of mental health issues. However, adopting best assessment practices in mental health remains challenging for primary care nurses (PCN). **Objectives:** This article presents a study protocol aimed at evaluating the acceptability and the perceived effects of a training program prototype to enhance the adoption of best practices in mental health assessment by PCNs. Additionally, the study explores the feasibility of involving PCNs clinical supervisors in the training process. **Methods:** The 6-week training program was developed using a living lab approach, combining individual and group activities, focusing on reflective practice and clinical support. A mixed-methods approach combining quantitative and qualitative designs will be used, with data collected from 10 to 20 PCNs and 2 to 4 clinical supervisors. Five questionnaires will assess the acceptability of the program (following each activity), while perceived effects will be explored through 3 questionnaires at 3 time points: pre-, immediately post-, and 4 to 6 months post-program. Qualitative interviews will also be conducted with PCNs and PCN clinical supervisors (immediately post- and 4 to 6 months post-program) to explore the acceptability, perceived effects of the program and the feasibility of involving PCN clinical supervisors in the program. **Discussion and Research Spin-offs:** By evaluating the acceptability and perceived effects of this innovative continuing education program for mental health assessment, this project could provide valuable insights for adapting and testing the program in other settings and with a broader population.

Résumé

Introduction : Les personnes infirmières jouent un rôle important dans la détection et l'évaluation des problématiques de santé mentale. Or, l'adoption des bonnes pratiques d'évaluation en santé mentale demeure un défi pour ce personnel exerçant en soins primaires. **Objectifs :** Cet article présente un protocole d'étude visant à évaluer l'acceptabilité et les effets perçus d'un programme de formation continue conçu pour renforcer l'adoption des bonnes pratiques d'évaluation clinique en santé mentale. L'étude explore également la faisabilité d'impliquer des personnes qui exercent des activités de soutien clinique (PEASC) dans le programme de formation. **Méthodes :** Le programme de 6 semaines a été développé utilisant une approche de type laboratoire vivant qui regroupait des activités individuelles et de groupe, axées sur la pratique réflexive et le soutien clinique. Une étude avec méthodes mixtes sera réalisée où des données seront collectées auprès d'environ 10 à 20 personnes infirmières et de 2 à 4 PEASC. Un questionnaire après chaque activité du programme, pour un total de 5, permettra d'évaluer l'acceptabilité. Les effets perçus seront explorés à l'aide d'un questionnaire administré en 3 temps (pré, après et 4 à 6 mois après le programme). Des entrevues qualitatives avec les personnes infirmières et les PEASC (immédiatement et 4 à 6 mois après le programme) permettront d'explorer l'acceptabilité, les effets perçus et la faisabilité d'impliquer les PEASC. **Discussion et retombées anticipées :** En évaluant l'acceptabilité et les effets perçus d'un programme innovant de formation continue pour l'évaluation en matière de santé mentale, ce projet pourrait fournir des informations importantes pour l'adaptation et l'expérimentation du programme dans d'autres contextes et auprès d'une population plus large.

Mots-clés

évaluation clinique; santé mentale; soins primaires; pratique réflexive; pratique infirmière; formation continue

INTRODUCTION

Mental disorders are among the most prevalent and disabling diseases, and it is estimated that one person in eight currently lives with this condition worldwide (World Health Organization [WHO], 2022). Mental disorders are defined by the World Health Organization as “clinically significant disturbance in an individual’s cognition, emotional regulation, or behaviour” (WHO). People living with mental disorders in the community have varied health needs relating to their immediate safety, relief of symptoms, daily functioning, and extending to recovery needs. Recovery refers to the possibility of living a satisfying life and contributing to one’s community based on goals centered around one’s strengths, interests, and desires (Commission de la santé mentale du Canada, 2021).

Primary care and community teams play an essential role in identifying people with mental health issues and assessing their health needs (WHO, 2022). Nurses in Quebec (Canada), as in many parts of the world, are key members of interdisciplinary primary care teams (Katon et al., 2010). Furthermore, assessing health conditions centered on people’s mental health needs and recovery is both a standard and a norm of nursing practice in Quebec (Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, 2016) as well as in other countries, such as Australia (Australian College of Mental Health Nurses, 2018). Thus, people living with mental health issues can expect to receive care that aligns with best practices and assessment standards when they interact with a primary care nurse (PCN).

Assessing people’s mental health issues and health needs is essential for accessing evidence-based treatments (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2020; National Institute for Health and Care Excellence, 2011). Previous studies have reported the complexity and challenges associated with adopting a comprehensive mental health assessment grounded in recovery principles, which focus on the patient’s mental health self-management (Beaudin et al., 2024; Coombs et al., 2011; Davies, 2023; Girard et al., 2017; Wand et al., 2020). In

addition to conducting mental health assessments, PCNs can provide a range of interventions for individuals with mental health issues, such as psychological education, emotional and social support, and treatment management (Aurizki et Wilson, 2022; Halcomb et al., 2019). However, PCNs often feel they do not have the best conditions to adopt evidence-based practices for people living with mental health issues (Ekers et al., 2013; Girard et al., 2017, 2019; Girard, Ellefsen, et al., 2021; Halcomb et al., 2022).

Several conditions are known to improve the adoption of best nursing practices for individuals living with mental health issues in primary care. In general, healthcare workers need the ability, motivation, and opportunities to take up a specific behaviour (Bos-Nehles et al., 2023). The favourable conditions for nurses to adopt best practices are: 1) a sense of competence (e.g., attitudes and beliefs about one’s knowledge and skills); 2) opportunities to reflect on one’s practice and access specialized mental health knowledge (e.g., support from a specialist or a team specialized in mental health, the opportunity to discuss with colleagues about the more complex cases); 3) the ability to identify real-world assessment opportunities (e.g., clear roles and responsibilities, clear referral procedures, space conducive to effective communication among patients and teams); and 4) motivation and interest in working with people with mental health issues (Girard et al., 2019; Girard, Ellefsen, et al., 2021). However, due to the complexity of people’s mental health needs and the unique characteristics of the local contexts, strategies to improve conditions favourable to the adoption of best practices (including mental health clinical assessment) may vary across clinical settings and among nurses (Girard, Roberge, et al., 2021).

As healthcare professionals, nurses must continuously update their practice through a reflective process based on comparing their current practice with best practices. Reflective practice requires professionals to critically examine their actions, behaviours, and attitudes they must adopt in relation to their environment (Patel et Metersky, 2022). In a real-life context, professionals operationalize reflective practice through a process of change that can be described

in terms of the following stages: 1) preparation, 2) critical analysis and action plan, 3) action, 4) reflection and maintenance (Wensing et al., 2020). This process of changes and thoughts requires facilitation mechanisms, such as support from a clinical supervisor, through various activities like goal planning and self-assessment, problem-solving, and monitoring (Patel et Metersky). Clinical supervision aims to promote the well-being of professionals and enhance the adoption of best clinical practices (Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie & Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, 2019). Professionals providing clinical supervision to nurses can use facilitation strategies to reinforce the conditions (ability, motivation, and opportunity) that support the adoption of evidence-based practices, considering each professional's local context and individual needs. Thus, training and clinical supervision emerge as essential strategies to increase PCNs responsibilities towards mental health care (Aurizki et Wilson, 2022) and to improve the adoption of evidence-based practices (Choy-Brown et al., 2023).

However, to our knowledge, no previous training program has simultaneously targeted reflective practices and clinical support processes to improve mental health assessment practices of PCNs. Consequently, there is little scientific literature to guide the structuring adaptation of such a program's process and activities in the local context to achieve the desired results.

OBJECTIVES

The proposed study protocol aims to evaluate the acceptability and the perceived effects of a training program prototype designed to enhance the adoption of best mental health assessment practices by PCNs, while also exploring the feasibility of integrating clinical supervisors into the program. Specifically, the objectives are to:

1. Assess the acceptability of the program from the perspective of PCNs during and after the training, including their reactions, engagement and overall satisfaction.
2. Explore and analyze the perception of PCNs of the program's impact on their ability, motivation, and opportunities to

adopt best mental health assessment practices.

3. Evaluate the feasibility of integrating clinical supervisors into the program's activities, including their perceptions of the acceptability and potential challenges of their involvement.

ETHICAL CONSIDERATIONS

The ethics committee of the *Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke* has approved the study (MP-31-2024-5109).

METHODS

We used the Criteria for Reporting on Development and Evaluation of Professional Training interventions in Healthcare (CRe-DEPTH) to structure the methods section (Van Hecke et al., 2020).

RESEARCH DESIGN AND DEVELOPMENT OF THE TRAINING PROGRAM

This protocol adopts a mixed-methods approach, combining quantitative and qualitative designs (Creswell & Plano Clark, 2011). The evaluation and development of the program is inspired by the living lab approach, which focuses on developing innovations in the users' real-life environment to ensure that the interventions are tailored to their context and needs (Dubé et al., 2014). This approach is well suited for complex problems and relies on tacit knowledge from users. According to the living lab approach, the innovation development process consists of five main phases, each involving facilitation activities to engage both experts and end users in the innovation process: (a) planning; (b) conceptualization (ideation, analysis of needs and resources); (c) prototyping (analysis of operations in the environment); (d) final development (optimization of operation and diversification of uses); and (e) deployment (Dubé et al.).

Nursing coordinators from a Quebec regional healthcare centre identified professional development issues regarding PCN mental health assessment practices. They requested the principal investigator to co-develop a training program to address these concerns. The research team conceptualized the training program in partnership with nursing coordinators, PCN clinical supervisors, managers, and experts (e.g., mental health specialists, health science education experts). PCNs training needs were also assessed in previous qualitative studies (Girard, 2016; Girard et al., 2017; Girard, Roberge, et al., 2021). Over the course of 2 years, the principal investigators met with these stakeholders to develop and validate training program scenarios (including training objectives, activities and resources).

This research project focuses on the prototyping phase of the training program (Dubé et al., 2014), in partnership with two Quebec regional healthcare centres. PCNs will be involved in the prototyping phase of this program to experiment the program and further refine it. At the conclusion of this phase, nursing coordinators, PCN clinical supervisors, and PCNs will be invited to a co-design workshop to revise the training activities, based on this study's findings, in preparation for the next phase of the program's development.

DESCRIPTION OF THE TRAINING PROGRAM

The Initial Theoretical Model. Continuing education should be designed to consider the natural processes by which practices evolve to impact the quality of care. Consequently, continuing education training should use reflective practice, as it is how nurses' professional development needs can be met. Also, such training should aim to strengthen the clinical support processes that can contribute to reflective practice activities during and after the completion of training (Patel & Metersky, 2022). The processes of reflective practice oriented towards clinical assessment and clinical support should create favourable conditions (ability, motivation, opportunities) that are conducive for nurses to adopt best assessment practices and ultimately impact patient health outcomes. These notions are illustrated in Figure 1, representing the initial

theoretical model of the mental health need assessment training program.

Program Learning Objectives. We developed the following learning objectives with stakeholders during the conceptualization phase. The accreditation outfit team also validated the learning objectives.

At the end of the training program, PCNs should be able to:

1. Explain the purpose and importance of clinical nursing assessment for people with mental health problems.
2. Recognize and explain opportunities to assess mental health needs.
3. Assess mental health needs and screen for mental health disorders or mental health issues.
4. Identify resources (tools, specialized knowledge, colleagues) that can be mobilized in the context of a clinical mental health assessment.
5. Analyze clinical assessment practices to identify opportunities for improvement.

Target Population and Setting. The target population of the training program will consist of PCNs working in a family medicine group (FMG), supported by PCN clinical supervisors and nursing coordinators working in two regional public healthcare centres. FMGs are primary care clinics, where family physicians work collaboratively with an interdisciplinary team, including PCNs, nurse practitioners, social workers, psychologists and pharmacists, to provide general health services to the population of a designated territory (MSSS, 2020). PCNs working in FMG mainly provide care to patients with chronic diseases (e.g., diabetes, cardiovascular disease) including preventive and health promotion services, such as pregnancy follow-up (MSSS, 2019; Poitras et al., 2018). In the case of mental disorders, PCNs frequently interact with patients presenting common mental disorder symptoms, such as depression and anxiety (Beaudin et al., 2024; Girard et al., 2017; MSSS, 2019). However, their practice for these patients can vary across different FMGs (Girard, Ellefsen, et al. 2021).

Most PCNs are generalist nurses with a bachelor's degree in nursing. They received initial training as generalists in chronic disease

management, health promotion and community health services during their academic studies. However, they develop their competences as primary care nurses through their daily work experience. Continuing professional development opportunities for PCNs may vary across FMGs (MSSS, 2019). Their employers provide support for their professional practice development through the Nursing Directorate.

PCN clinical supervisors, on the other hand, are dedicated to supporting nurses within FMGs and, as such, they receive training for this role from their employer. However, it is important to note that there is no standardized training for this position. PCN clinical supervisors are generalist nurses, and the number of supervisors, their roles as well as their clinical expertise and background may vary across healthcare centers.

Solicitation and Recruitment. We will use a purposeful sampling method with a maximum variation strategy to recruit PCNs, and a key informant strategy for the recruitment of PCN clinical supervisors (Patton, 2015). For this study, we aim to recruit at least 10 PCNs per healthcare centre, with a maximum of 20 participants. In a living lab approach, it is typical to begin with a few participants or settings, and increase the sample size as the innovation progresses (Dubé et al., 2014). For PCN clinical supervisors, we plan to recruit two to four participants per healthcare centre. Both PCN clinical supervisors and PCNs working in FMG are employees of a regional healthcare center.

In each regional healthcare center (n=2), a nursing coordinator, who will assist in coordinating the project, will initially identify and solicit participants (PCNs and PCN clinical supervisors), then the research team will recruit them (Figure 2). The research team will provide an information sheet to nursing coordinators describing inclusion criteria and task with soliciting participants for each category. Participants and their managers will also receive a detailed summary of the program.

To be eligible, PCNs will have to: 1) work in a FMG and 2) be available and interested in engaging for the program duration (i.e., 6 weeks). For research purposes, we will also ask the nursing coordinators to identify nurses with different profiles in terms of their clinical context and

mental health practices (e.g., whether support from mental health specialists is available, whether a collaborative model for people with mental health problems exists in the clinic) and professional attributes (i.e., self-efficacy towards their competencies in mental health). As for PCN clinical supervisors, they will be solicited to participate in the project either because they currently serve as formal supervisors for nurses in FMG or because they possess expertise in mental health and have experience working as PCNs in FMG. The description of the recruitment process is detailed in Figure 2.

To gather information on the acceptability and feasibility of the training program, nursing coordinators (n = 2) will document the recruitment process in a Microsoft Word® sheet, including the number of PCNs invited, the number of PCNs who declined to participate, and any reasons provided for their refusal.

Each participant will receive an electronic consent form to sign via LimeSurvey®. Their participation will be voluntary, and we expect the number of participants recruited for each setting to vary based on available resources and the number of nurses solicited.

Characteristics of the Providers/Facilitators. Three types of facilitators will be part of the learning activities: PCN clinical supervisors, nursing coordinators, and mental health trainers. We will ask each PCN clinical supervisor to keep their usual role towards PCNs to ensure that the nurses have the resources they need to actualize their clinical assessment competencies in their practice and guide them to the correct information or person if necessary. Nursing coordinators will play a more passive role in the training program activities, but will actively support the PCN clinical supervisors, as needed, throughout the program. As for mental health trainers, their role will be to facilitate group activities (Table 1), guide nurses in their reflective process, and share their knowledge based on the nurses' needs and learning objectives. They will also be responsible for answering spontaneous questions from nurses via an online Microsoft Teams® forum. For the context of the study, the research team will either select mental health trainers from experts who contributed to the training program development process, or nursing

coordinators will select them according to available resources in their healthcare centre.

Lastly, the research team coordinator (MHL) and principal investigators (AG and SL) will play a dual role as external facilitators and researchers. They will guide PCN clinical supervisors, nursing coordinators, and mental health trainers before and throughout the training program.

TRAINING ACTIVITIES AND RESOURCES

Content and Format of the Training Program.

The preliminary program will be planned to last over 6 weeks and will be divided into three blocks of activities structured according to a reflective practice approach: 1) self-evaluation activity; 2) putting into action activity; and 3) follow-up activity. Each block will include an individual reflective activity and an online group activity that will last from 20 to 120 minutes per week. The sequence of activities, actors, and resources that will be involved is shown in Table 2. Each group will consist of two to eight PCNs and one or two PCN clinical supervisors. The nursing coordinators and the research team coordinator will create the groups. They will be divided by healthcare centre so the participants can discuss problems or find solutions specific to their environment.

Educational Resources. The *Centre de formation continue de l'Université de Sherbrooke* accredited the training program. The training program material will be accessible online via Microsoft Teams® for the duration of the study:

- An interactive roadmap in Genially® to guide each user according to their role (PCN, PCN clinical supervisors, and mental health trainers) throughout each week and training activities and to give them access to the different documents needed.
- An orientation guide and a summary to inform the best mental health assessment practices (Girard et al., 2024). This guide will also include links to various resources.
- An animation guide for the facilitation of each group activity.
- An online Microsoft Teams® forum will be available to all, as a communication modality between participants and facilitators (PCN clinical supervisors and

mental health trainers) throughout the program.

Didactic Methods. We will design all the training program activities with a reflective approach in mind. This active learning approach helps people to better understand and make connections between what they already know and what they have learned (Mann et al., 2009). The different didactic methods that will be used in the training program are presented in Table 3.

TRAINING OUTCOMES

Acceptability of the Training and Feasibility of Integrating PCN Clinical Supervisors. We used the Kirkpatrick Model (Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2016) to guide the development of the questionnaires aimed at gathering participants' perceptions regarding the acceptability of the training program, specifically measuring their reactions and learnings. Based on learning and behavioral theories, this model is widely used by researchers to structure the evaluation of training programs. These acceptability questionnaires will be administered after each individual and group activity (n = 5 per participant). It includes Likert-type questions ranging from totally disagree to totally agree, as well as open-ended questions. The number of questions per acceptability questionnaire varies from eight to 17. The number of participants completing the questionnaires will also be considered to evaluate the acceptability of the program evaluation strategy. Further, engagement will be calculated based on the retention of participants over time. Additionally, PCN clinical supervisors will also be interviewed to explore the feasibility of integrating them into the training program. The research team designed a structured interview guide for PCN and PCN clinical supervisors (see Annex).

Perceived Effects. To better understand the perceived effects of the training program, different tools have been created to measure short-term and mid-term outcomes of our initial theoretical model (Figure 1).

To measuring the short-term outcomes, i.e., the ability, motivation, and opportunities to adopt best mental health assessment practices, a questionnaire based on the Ability, Motivation and Opportunity framework (Blumberg & Pringle,

1982; Bos-Nehles et al., 2023; Boxall & Purcell, 2003; Paauwe, 2009) will be used. The Ability, Motivation and Opportunity framework is widely applied in the human resources management field to study the impact of individual characteristics and management practices on worker performance (Bos-Nehles et al.). This framework considers individual and organizational perspectives in identifying the factors that predict and explain performance at work. Ability is “the physiological and cognitive capabilities that enable an individual to perform a task effectively” (Blumberg et Pringle, p. 2), and includes the knowledge, skills, and competencies of an individual (Bos-Nehles et al.). Motivation refers to an individual’s desire or willingness to accomplish a task (Blumberg & Pringle; Bos-Nehles et al.). Lastly, opportunity refers to contextual or environmental factors influencing an employee’s performance beyond their control, such as working conditions, tools, or supplies (Blumberg & Pringle; Bos-Nehles et al.). The questionnaire measuring Ability, Motivation and Opportunity was also developed using the results of our previous works on determinants influencing the adoption of care management activities by PCNs for people with mental health problems (Girard, Ellefsen, et al., 2021; Girard, Roberge, et al., 2021). All items of the questionnaire are measured with a Likert scale ranging from totally disagree to totally agree. Seven items measure ability (knowledge and self-efficacy), two measure motivation (individual motivation), and seven measure opportunity (perception of support and work environment, and job design). We also developed a structured interview canvas to deepen our understanding of the PCN’s Ability, Motivation and Opportunity to perform a mental health assessment. We created self-evaluation questionnaires, which are open-ended reflective questions about PCNs’ clinical practice. We will use them as an activity during the training program. They will also inform us about the perceived effects of the program on PCNs. Mid-term outcomes, i.e., adoption of mental health assessment practices, will be measured with one question asking about the frequency of mental health assessments on a multiple-choice scale (never, occasionally, every week, or almost every day, or nearly several times a day).

DATA COLLECTION AND DATA SOURCES

Data will be gathered before, during, immediately after, and 4-to-6 months after the training program (Figure 3). All data collection tools are available in French (original version) in the annex. We will collect quantitative and qualitative data with questionnaires, interview guides, observational reports, and solicitation journals. Data will come from different actors, as presented in Figure 3. A solicitation journal kept by nursing coordinators will give information about the recruitment process. The research team and the nursing coordinators will keep an observational grid to describe the participants’ reactions during the different activities of the training program. Researchers will also collect sociodemographic and professional background data for each category of participants. PCNs will fill out questionnaires during and after the program (i.e., self-evaluation questionnaires, acceptability questionnaires, and effect assessment questionnaires). They will inform us of the training program’s acceptability and perceived effects, as presented in Figure 3. All interviews will last 45 to 90 minutes, and we will conduct them online using the Microsoft Teams® platform.

DATA ANALYSIS

All data will be anonymized and stocked on a secure Microsoft SharePoint® platform. Only the research team will have access to these data, with only selected members having access to identifying data.

Quantitative Data. We will use descriptive analysis (frequency and proportions) to analyze data from the different questionnaires with IBM SPSS statistics 2023. The proportion of participants completing the questionnaires will be estimated, as well as the percentage of retention of participants over time.

Qualitative Data. To analyze every interview, we will use the Braun and Clarke (2022) model of thematic analysis, which consists of six steps: 1) familiarization with data, 2) formulation of initial codes, 3) search for themes, 4) revision of themes, 5) definition and naming of final themes and 6) writing of the analysis.

Figure 1

Initial Theoretical Model of the Training Program

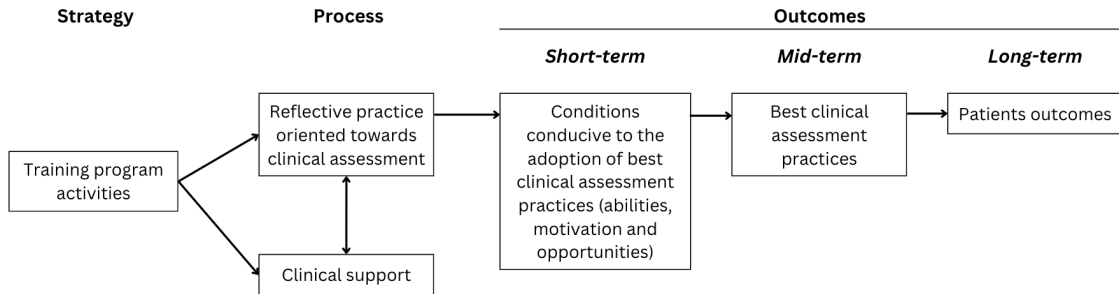


Figure 2

Recruitment Process

PHASE	PERSONS INVOLVED AND ACTIONS TAKEN	INFORMATION GIVEN
1. Solicitation	A nursing coordinator identifies and contacts PCNs and PCN clinical supervisors	Summary of the training program
2. Contact information of interested personnel	A nursing coordinator gives the contact information of the interested PCNs and PCN clinical supervisors to a research team member	Names, family medicine groups, emails and phone numbers
3. Recruitment	A research team member contacts the interested PCNs and PCN clinical supervisors by email	Consent form, sociodemographic questionnaire, availability of the research team and steps to come
4. Contact information of recruited personnel	A research team member gives the coordinates of the recruits to the research coordinator	Names, emails and phone numbers

Note. PCN = primary care nurse.

Figure 3

Moments of Measurement of the Training Program and Their Target Population (Quantitative and Qualitative Instruments)

OUTCOMES	MOMENTS OF MEASUREMENT			
	BEFORE	DURING	IMMEDIATELY POST	4-6 MONTHS POST
ACCEPTABILITY (Obj. 1)	<p>QUALI</p> <p>-Sollicitation journal (PCNs)</p>	<p>QUANTI</p> <p>-Acceptability questionnaires (PCNs)</p> <hr/> <p>QUALI</p> <p>-Observational grids (research team & nursing coordinators)</p>	<p>QUALI</p> <p>-Individual interviews (PCNs)</p>	
PERCEIVED EFFECTS/AMO (Obj. 2)	<p>QUANTI</p> <p>-Effect assessment questionnaire (PCNs)</p>	<p>QUALI</p> <p>-Self-evaluation questionnaire (PCNs)</p> <p>-Observational grids (research team & nursing coordinators)</p>	<p>QUANTI</p> <p>-Effect assessment questionnaire (PCNs)</p> <hr/> <p>QUALI</p> <p>-Individual interviews (PCNs)</p>	<p>QUANTI</p> <p>- Effect assessment questionnaire (PCNs)</p> <hr/> <p>QUALI</p> <p>- Individual interviews (PCNs)</p>
FEASIBILITY (Obj. 3)			<p>QUALI</p> <p>- Group interviews (PCN clinical supervisors)</p>	<p>QUALI</p> <p>- Individual interviews (PCN clinical supervisors & nursing coordinators)</p>

Notes. AMO = Ability, Motivation, Opportunity framework; PCN = primary care nurse.

Table 1*Roles and Expertise of Providers/Facilitators in the Training Program*

Recruited facilitators	Expertise/background	Roles
PCN clinical supervisors	<ul style="list-style-type: none"> - Nursing assistants in FMG or - PCNs with experience in mental health 	<ul style="list-style-type: none"> - Support PCNs as needed - Facilitate a group meeting (week 6)
Nursing coordinators	<ul style="list-style-type: none"> - Community nurse advisors or - Nursing assistants in FMG 	<ul style="list-style-type: none"> - Plan the program with the research team members - Help with the recruitment process - Support PCNs or PCN clinical supervisors as needed - Facilitate a group meeting with a PCN clinical supervisor (week 6)
Facilitators not recruited	Expertise/background	Roles
Mental health trainers	<ul style="list-style-type: none"> - Mental health nurses or - Professors with expertise in mental health or - Nurse practitioners specialized in mental health 	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitate two group meetings (weeks 2 and 5) - Support PCNs as needed
Research team members	<ul style="list-style-type: none"> - Project manager or - Principal investigators/researchers 	<ul style="list-style-type: none"> - Create the program, the activities and the tools, in collaboration with the regional healthcare centers - Facilitate the training program - Support PCNs, PCN clinical supervisors, nursing coordinators and mental health trainers as needed

Table 2

Description of the Activities and Resources of the Training Program

	Self-evaluation		Action		Follow-up	
	Week 1	Week 2	Weeks 3-4	Week 5	Week 6	
	Description of the activities					
Type	Individual activity	Group activity	Individual activity	Group activity	Individual activity	Group activity
Details	<ul style="list-style-type: none"> - Read an orientation guide on best mental health assessment practices - Answer reflective questions about current assessment practices 	<ul style="list-style-type: none"> - Participate in a group meeting to review learnings and assessment opportunities - Present targeted personal improvement objective (if desired) 	<ul style="list-style-type: none"> - Identify an assessment opportunity during a clinical encounter - Complete a clinical situation summary form and send it to the research team coordinator 72 hours before the group meeting 	<ul style="list-style-type: none"> - Participate in a co-development meeting based on clinical cases found during weeks 3-4 	<ul style="list-style-type: none"> - Answer reflective questions about assessment practices learned 	<ul style="list-style-type: none"> - Participate in a group meeting to share learnings and address the challenges of integrating best practices in their FMG
Duration	1h30	1h30	20 min	2h00	30 min	1h30
Resources	<ul style="list-style-type: none"> - Orientation guide - Self-evaluation questionnaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Animation guide - Mental health trainers - Teams meeting 	<ul style="list-style-type: none"> - Clinical situation summary form 	<ul style="list-style-type: none"> - Animation guide - Mental health trainers - Teams meeting 	<ul style="list-style-type: none"> - Self-evaluation questionnaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Animation guide - PCN clinical supervisors with a nursing coordinator as trainers - Effect assessment questionnaire

Notes. FMG = family medicine group; PCN = primary care nurse.

Table 3*Didactic Methods and Rationale*

Didactic method	Rational	Period (activity)
Each PCN self-reflected at the beginning of the program to explore their knowledge and personal learning objectives. Self-reflection was also done at the end of the program to reflect on what was learned and what changed in their practice.	Reflective thinking is a personal self-reflection process on one's clinical practice. It can help learners at different levels of their knowledge path, as it "requires an active approach to learning that leads to understanding and linking new to existing knowledge and looking back at one's experience" (Mann et al., 2009, p. 596)	Week 1 (self-evaluation) Week 6 (follow-up)
Based on fictive clinical cases, accompanied group reflection will be done to explore good practices, pitfalls, and the application of new knowledge learned in week 1.	"The ability to reflect seems to be amenable to development over time and with practice, and in the presence of certain stimuli (e.g., small groups), [...] An important factor seems to be the behavior of mentors and supervisors" (Mann et al., 2009, p. 610)	Week 2 (self-evaluation)
Each participant chose a real and challenging clinical case in preparation for a co-development meeting. Then, during week 5, the participants selected two clinical cases. These cases were presented and discussed through a co-development group activity. Participants also learned to reflect on their clinical practice and were given suggestions by others, sometimes more experienced colleagues.	The Payette and Champagne co-development approach was used (Payette & Champagne, 2011). The co-development or action-learning approach recommends working in small groups to treat organizational issues or problems and to learn from their attempts to change things (Boak, 2022; Payette & Champagne). This knowledge sharing was a didactic method used to discuss clinical cases by the PCNs since it can be "used in healthcare in a range of situations and for a range of purposes: to improve services, to develop the abilities of individuals, to improve collective capability" (Boak, p. 263).	Weeks 3-4 (clinical situation summary) Week 5 (action)
The follow-up session helped each participant reflect on how to transfer their new knowledge to their practice and self-assess themselves.	In this last session, PCNs were asked to reflect on applying their new knowledge in practice and assess themselves, since "self-assessment involves a discovery of own performance and how to improve" (Desjarlais & Smith, 2011; Friedrich-Nel, 2019, p. 29). The process of self-reflection combined with self-assessment "can be applied with CPD (continuing professional development) in mind [...] (since) both processes are meaningful and they result in deep learning" (Desjarlais & Smith; Friedrich-Nel, p. 29).	Week 6 (follow-up)

Note. PCN = primary care nurse.

Two research team members will code the verbatim inductively, using NVivo© software. The codes and emerging themes will be discussed with the principal investigators during the analysis period. We will compare the codes and themes to the Kirkpatrick Model (Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2016) and the Ability, Motivation, Opportunity framework (Bos-Nehles et al., 2023). The research team members will write a logbook and notes throughout the evaluation activities.

DATA INTEGRATION

Quantitative data from questionnaires and qualitative data will allow us to interpret the data in relation to any common point regarding the acceptability, perceived effects of the program, and feasibility of integrating within the program's activities.

Triangulation approaches are important to reinforce the validity of research (Farmer et al., 2006). In our study, we will triangulate a variety of data sources, such as questionnaires, interviews, and observational reports. These data will be analyzed separately and then compared afterwards to interpret the results (Creswell & Plano Clark, 2011). Varied participants will provide data in this step, such as PCNs and PCN clinical supervisors. Investigator triangulation will also take place, as the research team members will analyze independently and then compare results afterwards (Farmer et al.).

STRENGTHS AND LIMITATIONS

The involvement of stakeholders in the creation of this study through a living lab approach ensures that the training program will meet end users' needs (Dubé et al., 2014). Additionally, the use of previously studied frameworks and models, such as the Ability, Motivation and Opportunity framework and the Kirkpatrick model (Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2016), to design our questionnaires concerning the acceptability and perceived effects of our program on PCNs, will help the internal validity of our study (Miles et al., 2020). The triangulation of data sources will further reinforce the internal validity of the research findings (Miles et al.).

Moreover, the reliability of the findings will be bolstered by the presence of an intercoder agreement and multiple observers who will take notes during the training program activities (Miles et al.).

While using frameworks to create our questionnaires, the absence of pre-validation of these tools could reduce the validity of the results (Grimm & Widaman, 2012). However, by adapting the questionnaires to our specific program, we believe that once validated, these tools could prove helpful for future research. Another limitation of this study is the purposeful sampling method that we will use to recruit PCNs and PCN clinical supervisors, which could introduce bias by favoring participants who are more enthusiastic about such a training program. We will consider the recruitment challenges when planning future research on the second version of the training program.

DISCUSSION AND RESEARCH SPIN-OFFS

To our knowledge, this is one of the first studies investigating the perceived effects of a reflective training program and how to structure the clinical supervision or support process to help general practice nurses, such as PCNs, adopt best mental health assessment practices. Co-creating the training program with end users at the centre of the process is also crucial for developing a program tailored to the context and ensuring its sustainability. This prototyping phase, based on a living lab approach, will identify areas for improvement in the training program, leading to the final development phase. This will help us understand how to guide clinical supervisors and clarify the governance management structure necessary for its sustainability. It is expected that the improved PCN training program will enhance mental health assessment, facilitating the identification of mental health issues and, therefore, improve access to effective care for this population in the specific context of primary care nursing practice, as suggested by some authors (Lau et al., 2016; McKinlay et al., 2011). Our study will contribute to a better

understanding of how to best train and supervise PCNs concerning mental health clinical assessment in their clinics, where task-sharing is recommended to answer the patient's needs (Aurizki & Wilson, 2022).

Authors' contribution: AG, SL, MHL and JDC conceptualized and designed the study. AG, SL and MHL contributed to data acquisition. SAM and MS contributed to the design of the study and revised the protocol. LA and JB contribute to the design of the program. AG and MHL drafted the manuscript, and all authors significantly contributed to the revision of the protocol.

Acknowledgments: We would like to extend our thanks to the V1SAGES team, directed by Pre Hudon and Pre Chouinard, for supporting this project and to Pre Marie-France Langlois (Director of the *Centre de formation continue de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke*) for her contribution in planning and promoting the project. Thanks to every collaborator (mental health trainers, mental health

experts, patient partner) who has already and will continue to contribute to the program. Ultimately, we thank the research participants themselves for their future participation and upcoming insight.

Funding: The project was financed by the *Unité de soutien au système de santé apprenant (SSA) Québec, le Centre de recherche médical de l'Université de Sherbrooke, le Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux de l'Université de Sherbrooke, le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Centre, CISSS Montérégie-Ouest, CIUSSS Saguenay-Lac St-Jean and the CISSS Montérégie-Est.*

Statement of conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Reçu/Received: 17 Mai/May 2024 **Publié/Published:** 7 Mars/March 2025

REFERENCES

- Aurizki, G. E., & Wilson, I. (2022). Nurse-led task-shifting strategies to substitute for mental health specialists in primary care: A systematic review. *International journal of nursing practice*, 28(5), e13046. <https://doi.org/10.1111/ijn.13046>
- Australian College of Mental Health Nurses. (2018). *Mental Health Practice Standards for Nurses in Australian General Practice 2018*. <https://acmhn.org/common/Uploaded%20files/PDFs/Best%20practice/ACMHN-Publications-GeneralPracticeStandards.pdf>
- Beaudin, J., Chouinard, M. C., Hudon, É., & Hudon, C. (2024). Integrated self-management support provided by primary care nurses to persons with chronic diseases and common mental disorders: a qualitative study. *BMC primary care*, 25(1), 212. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02464-8>
- Blumberg, M., & Pringle, C. D. (1982). The Missing Opportunity in Organizational Research: Some Implications for a Theory of Work Performance. *The Academy of Management Review*, 7(4), 560–569. <https://doi.org/10.2307/257222>
- Boak, G. (2022). Action learning and healthcare 2011–2022. *Action Learning: Research and Practice*, 19(3), 251–268. <https://doi.org/10.1080/14767333.2022.2133376>
- Bos-Nehles, A., Townsend, K., Cafferkey, K., & Trullen, J. (2023). Examining the Ability, Motivation and Opportunity (AMO) framework in HRM research: Conceptualization, measurement and interactions. *International Journal of Management Reviews*, 25(4), 725–739. <https://doi.org/10.1111/ijmr.12332>
- Boxall, P. F., & Purcell, J. (2003). *Strategy and Human Resource Management*. Palgrave Macmillan.
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). *Thematic Analysis: A Practical Guide*. SAGE Publications Ltd.
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. (2019, October 22). *Cadre de référence encadrement et soutien clinique*. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/4035166>
- Choy-Brown, M., Williams, N. J., Ramirez, N., & Esp, S. (2023). Psychometric evaluation of a pragmatic measure of clinical supervision as an implementation strategy. *Implementation Science Communications*, 4(39), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s43058-023-00419-1>
- Commission de la santé mentale du Canada. (2021). *Mettre le rétablissement en pratique. Une introduction au Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement*. <https://commissionsantementale.ca/wp-content/uploads/2021/09/Mettre-le-retablissement-en-pratique-Une-introduction-au-Guide-de-reference->

pour-des-pratiques-axeés-sur-le-retablissement.pdf

- Coombs, T., Curtis, J., & Crookes, P. (2011). What is a comprehensive mental health nursing assessment? A review of the literature. *International journal of mental health nursing, 20*(5), 364–370. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00742.x>
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2011). *Designing and Conducting Mixed Methods Research* (2nd ed.). SAGE Publications.
- Davies T. L. (2023). Tailoring the mental health assessment to older adults. *The Nurse practitioner, 48*(1), 10–18. <https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000902992.34389.1f>
- Desjarlais, M., & Smith, P. (2011). *A Comparative Analysis of Reflection and Self-Assessment*.
- Dubé, P., Sarraïlh, J., Billebaud, C., Grillet, C., Zingraff, V., & Kosteci, I. (2014, March). *Le livre blanc des living labs*. Umwelt. <https://www.montreal-invivo.com/wp-content/uploads/2019/12/livre-blanc-ll-umvelt-final-mai-2014.pdf>
- Ekers, D., Murphy, R., Archer, J., Ebenezer, C., Kemp, D., & Gilbody, S. (2013). Nurse-delivered collaborative care for depression and long-term physical conditions: a systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders, 149*(1-3), 14–22. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.02.032>
- Farmer, T., Robinson, K., Elliott, S. J., & Eyles, J. (2006). Developing and implementing a triangulation protocol for qualitative health research. *Qualitative health research, 16*(3), 377–394. <https://doi.org/10.1177/1049732305285708>
- Friedrich-Nel, H. (2019). Reflection, self-assessment and continuous professional development : An opinion paper. *South African Radiographer, 57*(1), 27–30.
- Girard, A. (2016). *Description de la pratique des infirmières en groupe de médecine de famille œuvrant auprès des personnes atteintes de maladies chroniques physiques et présentant des troubles mentaux courants* [Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Chicoutimi]. Constellation. https://constellation.uqac.ca/id/eprint/4070/1/Girard_uqac_0862N_10253.pdf.
- Girard, A., Ellefsen, É., Roberge, P., Bernard-Hamel, J., & Hudon, C. (2021). Adoption of care management activities by primary care nurses for people with common mental disorders and physical conditions: A multiple case study. *Journal of psychiatric and mental health nursing, 28*(5), 838–855. <https://doi.org/10.1111/jpm.12788>
- Girard, A., Ellefsen, É., Roberge, P., Carrier, J. D., & Hudon, C. (2019). Challenges of adopting the role of care manager when implementing the collaborative care model for people with common mental illnesses: A scoping review. *International journal of mental health nursing, 28*(2), 369–389. <https://doi.org/10.1111/inm.12584>
- Girard, A., Hudon, C., Poitras, M. E., Roberge, P., & Chouinard, M. C. (2017). Primary care nursing activities with patients affected by physical chronic disease and common mental disorders: a qualitative descriptive study. *Journal of clinical nursing, 26*(9-10), 1385–1394. <https://doi.org/10.1111/jocn.13695>
- Girard, A., Lafontaine, S., Beaudin, J., Carrier, J.-D., & Lemée, M.-H. (2024). *Guide d'orientation : l'évaluation clinique orientée vers les besoins de santé mentale et le rétablissement*. https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/21451/guide_orientation_version%201.1.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Girard, A., Roberge, P., Ellefsen, D., Bernard-Hamel, J., Carrier, J. D., & Hudon, C. (2021). The Influence of Contextual Factors on the Process of Formulating Strategies to Improve the Adoption of Care Manager Activities by Primary Care Nurses. *International journal of integrated care, 21*(2), 20. <https://doi.org/10.5334/ijic.5556>
- Grimm, K. J., & Widaman, K. F. (2012). Construct validity. In H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf, & K. J. Sher (Eds.), *APA handbook of research methods in psychology, Vol 1: Foundations, planning, measures, and psychometrics* (pp. 621–642). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13619-000>
- Halcomb, E. J., McInnes, S., Patterson, C., & Moxham, L. (2019). Nurse-delivered interventions for mental health in primary care: a systematic review of randomized controlled trials. *Family practice, 36*(1), 64–71. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz101>
- Halcomb, E., McInnes, S., Patterson, C., Moxham, L., & Bird, S. (2022). Australian general practice nurse involvement in mental health: A descriptive survey. *Collegian, 29*(4), 448–455. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2021.10.011>
- Katon, W. J., Lin, E. H., Von Korff, M., Ciechanowski, P., Ludman, E. J., Young, B., Peterson, D., Rutter, C. M., McGregor, M., & McCulloch, D. (2010). Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. *The New England journal of medicine, 363*(27), 2611–2620. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1003955>
- Kirkpatrick, J. D., & Kirkpatrick, W. K. (2016). *Kirkpatrick's four levels of training evaluation*. ATD Press.
- Lau, R., Stevenson, F., Ong, B. N., Dziedzic, K., Treweek, S., Eldridge, S., Everitt, H., Kennedy, A., Qureshi, N., Rogers, A., Peacock, R., & Murray, E. (2016). Achieving change in primary care—causes of the evidence to practice gap: Systematic reviews of reviews. *Implementation Science, 11*, 40. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0396-4>
- Mann, K., Gordon, J., & MacLeod, A. (2009). Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review. *Advances in health sciences education: theory and practice, 14*(4), 595–621. <https://doi.org/10.1007/s10459-007-9090-2>
- McKinlay, E., Garrett, S., McBain, L., Dowell, T., Collings, S., & Stanley, J. (2011). New Zealand general practice nurses' roles

- in mental health care. *International nursing review*, 58(2), 225–233. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2010.00859.x>
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2020). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (4th, ed.). SAGE Publications Ltd.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2019, September 24). *Guide pratique à l'intention des infirmières cliniciennes qui travaillent dans un groupe de médecine de famille ou un groupe de médecine de famille universitaire* (publication no : 19-924-11W). Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-924-11W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2020, February 10). *Cadre de gestion des groupes de médecine de famille universitaires (GMF-U)* (publication no : 19-920-01W). Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-920-01W.pdf>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2011, May 25). *Common mental health problems: Identification and pathways to care*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123/resources/common-mental-health-problems-identification-and-pathways-to-care-pdf-35109448223173>
- Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec. (2016). *Standards de pratique de l'infirmière dans le domaine de la santé mentale*. https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/4462_doc.pdf
- Paauwe, J. (2009). HRM and Performance: Achievements, Methodological Issues and Prospects. *Journal of Management Studies*, 46(1), 129–142. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.2008.00809.x>
- Patel, K. M., & Metersky, K. (2022). Reflective practice in nursing: A concept analysis. *International journal of nursing knowledge*, 33(3), 180–187. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12350>
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative Research & Evaluation Methods: Integrating Theory and Practice* (4th, ed.). SAGE Publications, Inc.
- Payette, A., & Champagne, C. (2011). *Le groupe de codéveloppement professionnel*. Presses de l'Université du Québec.
- Poitras, M. E., Chouinard, M. C., Gallagher, F., & Fortin, M. (2018). Nursing Activities for Patients With Chronic Disease in Primary Care Settings: A Practice Analysis. *Nursing research*, 67(1), 35–42. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000253>
- Van Hecke, A., Duprez, V., Pype, P., Beeckman, D., & Verhaeghe, S. (2020). Criteria for describing and evaluating training interventions in healthcare professions - CRE-DEPTH. *Nurse education today*, 84, 104254. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104254>
- Wand, T., Buchanan-Hagen, S., Derrick, K., & Harris, M. (2020). Are current mental health assessment formats consistent with contemporary thinking and practice?. *International journal of mental health nursing*, 29(2), 171–176. <https://doi.org/10.1111/inm.12656>
- Wensing, M., Grol, R., & Grimshaw, J. M. (2020). *Improving Patient Care: The Implementation of Change in Health Care* (3rd, ed.). John Wiley & Sons Ltd.
- World Health Organization. (2022, June 8). *Mental disorders*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Annex

Data collection tools

(original French version)

Acceptability questionnaires

Questionnaire #1. Individual activity – Week 1

Q1. Indiquez, sur l'échelle de Likert de 0 à 4 (0 : totalement en désaccord à 4 : totalement en accord), votre niveau d'accord avec les énoncés qui suivent : [RÉACTION]

1. Jusqu'à maintenant, je suis satisfait(e) de la formation
2. Jusqu'à maintenant, je me sens engagé(e) dans la formation
3. Jusqu'à maintenant, je trouve la formation pertinente
4. Le guide d'orientation sur les meilleures pratiques d'évaluation clinique était clair et facile à lire
5. Je recommanderais la lecture du guide d'orientation à mes collègues
6. J'étais attentive lors de la lecture du guide d'orientation
7. Le guide d'orientation a retenu mon intérêt
8. Les informations du guide d'orientation sont applicables à ma pratique
9. Les questions du questionnaire d'analyse de ma pratique étaient claires et faciles à lire
10. Je recommanderais le questionnaire d'analyse de ma pratique à mes collègues
11. J'étais attentive lorsque j'ai rempli le questionnaire d'analyse de ma pratique
12. Les questions ouvertes du questionnaire d'analyse de ma pratique m'ont permis de réfléchir de manière constructive à ma pratique actuelle

[APPRENTISSAGE]

13. Je considère que j'ai appris quelque chose dans le cadre de cette activité individuelle
14. Je vois la pertinence d'appliquer ce que j'ai appris
15. À la suite de cette activité de formation, je peux expliquer les besoins d'une personne en matière de santé mentale
16. À la suite de cette activité de formation, je peux expliquer ce qu'est un trouble mental

Q2. Quelles parties du guide d'orientation vous ont été les plus utiles ?

Q3. Comment le guide d'orientation pourrait-il être amélioré ?

Q4. Comment le questionnaire d'analyse initiale de votre pratique pourrait-il être amélioré ?

Questionnaire #2. Group activity – Week 2

Q1. Indiquez, sur l'échelle de Likert de 0 à 4 (0 : totalement en désaccord à 4 : totalement en accord), votre niveau d'accord avec les énoncés qui suivent : [RÉACTION]

1. Jusqu'à maintenant, je suis satisfait(e) de la formation
2. Jusqu'à maintenant, je me sens engagé(e) dans la formation
3. Jusqu'à maintenant, je trouve la formation pertinente
4. La rencontre de groupe a été aidante pour m'aider à comprendre les informations du guide d'orientation sur les meilleures pratiques
5. Les discussions avec le formateur en santé mentale et mes collègues ont facilité mon engagement à l'activité
6. Les échanges étaient pertinents pour ma pratique d'évaluation clinique

[APPRENTISSAGE]

7. À la suite de cette activité de groupe, je peux expliquer mon rôle et mes responsabilités auprès d'une personne avec une problématique de santé mentale
8. À la suite de cette activité de groupe, je peux identifier un objectif d'amélioration de ma pratique d'évaluation clinique

9. À la suite de cette activité de groupe, je reconnais quand évaluer les besoins de santé mentale d'une personne qui me consulte

Q2. De quelle façon la rencontre de groupe pourrait-elle être améliorée ?

Questionnaire #3. Group activity – Week 5

Q1. Indiquez, sur l'échelle de Likert de 0 à 4 (0 : totalement en désaccord à 4 : totalement en accord), votre niveau d'accord avec les énoncés qui suivent : [RÉACTION]

1. Jusqu'à maintenant, je suis satisfait(e) de la formation
2. J'ai identifié au moins une opportunité d'évaluation clinique dans le cadre de ma pratique
3. J'ai élaboré un plan d'action centré sur les besoins de santé mentale d'une personne
4. J'ai évalué l'état mental d'une personne et détecté des signes cliniques de troubles mentaux courants
5. À la suite de cette activité de codéveloppement, je suis en mesure de discuter d'une opportunité d'évaluation clinique avec mes collègues
6. Jusqu'à maintenant, je me sens engagé(e) dans la formation
7. Jusqu'à maintenant, je trouve la formation pertinente
8. Je recommanderais à mes collègues de participer à la rencontre de codéveloppement
9. Je me sentais activement impliqué(e) dans les discussions lors de la rencontre de codéveloppement
10. Les discussions avec le formateur en santé mentale et mes collègues ont facilité mon engagement à l'activité
11. Les échanges étaient pertinents pour ma pratique d'évaluation clinique

[APPRENTISSAGE]

12. Je considère que j'ai appris quelque chose dans le cadre de cette formation
13. Je vois la pertinence d'appliquer dans ma pratique ce que j'ai appris pendant la rencontre de codéveloppement
14. J'ai confiance que je peux appliquer dans ma pratique ce que j'ai appris pendant la rencontre de codéveloppement
15. Je me sens prêt(e) à faire les efforts nécessaires pour appliquer dans ma pratique ce que j'ai appris lors de la rencontre de codéveloppement

Q2. De quelle façon le déroulement de la rencontre de codéveloppement pourrait-il être amélioré ?

Q3. Quel est l'élément principal que je retiens à la suite de cette rencontre de codéveloppement ?

Questionnaire #4. Individual activity – Week 6

Q1. Indiquez, sur l'échelle de Likert de 0 à 4 (0 : totalement en désaccord à 4 : totalement en accord), votre niveau d'accord avec les énoncés qui suivent : [RÉACTION]

1. Jusqu'à maintenant, je suis satisfait(e) de la formation
2. Jusqu'à maintenant, je me sens engagé(e) dans la formation
3. Jusqu'à maintenant, je trouve la formation pertinente
4. Les questions du questionnaire de suivi étaient claires et faciles à lire
5. Je recommanderais la complétion du questionnaire de suivi à des collègues qui participent à la formation
6. J'étais attentive lorsque j'ai rempli le questionnaire de suivi
7. Le questionnaire de suivi m'a permis de réfléchir à mes progrès personnels
8. Le questionnaire de suivi m'a permis de réfléchir aux opportunités d'amélioration continue de ma pratique

[APPRENTISSAGE]

9. À la suite de l'activité de suivi individuelle, je reconnais les éléments de mon contexte de travail qui influencent (positivement ou négativement) ma pratique d'évaluation clinique

Q2. De quelle façon l'activité individuelle pourrait-elle être améliorée ?

Questionnaire #5. Group activity – Week 6

Q1. Indiquez, sur l'échelle de Likert de 0 à 4 (0 : totalement en désaccord à 4 : totalement en accord), votre niveau d'accord avec les énoncés qui suivent : [RÉACTION]

1. Je suis satisfait(e) de la formation

2. Je me suis senti engagé(e) dans la formation
3. J'ai trouvé la formation pertinente
4. Je recommanderais à mes collègues de participer à une rencontre de suivi des apprentissages avec des personnes responsables d'exercer des activités de soutien clinique dans leur organisation (p. ex. : conseillères en soins ou assistante au supérieur immédiat)
5. Je me sentais activement impliqué(e) dans les discussions lors de la rencontre de suivi
6. Les discussions avec la personne responsable d'exercer des activités de soutien clinique et mes collègues ont facilité la formulation de stratégies pour favoriser le maintien de l'adoption des bonnes pratiques d'évaluation
7. Les discussions lors de la rencontre de suivi entourant le maintien des bonnes pratiques d'évaluation sont applicables à mon milieu de pratique

[APPRENTISSAGE]

8. À la suite de l'activité de suivi en groupe, je peux expliquer des pistes d'amélioration de ma pratique d'évaluation clinique

Q2. De quelle façon le format de la rencontre de suivi pourrait-il être amélioré ?

Perceived effects questionnaires

The following 3 questionnaires will be completed by primary care nurses before the training (T0), immediately (T1) and six-month (T2) after the training program.

Questionnaire #1. Initial questionnaire (T0)

Section 1. Caractéristiques socio-démographiques et professionnelles

Q1. À quel genre vous identifiez-vous ?

- ₁ Homme ₂ Femme
₃ Autre, spécifiez ₄ Je préfère ne pas répondre

Q2. Quelle est votre tranche d'âge ?

- ₁ 18-29 ans ₂ 30-39 ans ₃ 40-49 ans ₄ 50-59 ans ₅ 60 ans et plus

Q3. En quelle année avez-vous obtenu un droit de pratique pour la première fois ? _____

Q4. Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez complété ?

- ₁ Niveau collégial ₂ 1^{er} cycle universitaire ₃ 2^e cycle universitaire ₄ 3^e cycle universitaire

Q5. Depuis combien de temps travaillez-vous comme infirmière en GMF ?

- ₁ Moins de 6 mois ₂ 6-23 mois ₃ 2-3 ans ₄ 4-5ans ₅ Plus de 5 ans

Q6. Quel est votre statut de travail actuel ?

- ₁ Temps plein ₂ Temps partiel 3-4 jours/semaine ₃ Temps partiel 1-2 jours/semaine

Q7. Avez-vous déjà travaillé avec une clientèle ayant des problématiques de santé mentale ?

- ₁ Oui ₂ Non

Q.7.1 Si oui, quel niveau d'expérience en santé mentale vous représente le mieux ? (Benner, P. (1984). From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. Addison-Wesley Publishing.)

- ₁ Moins de 6 mois (novice) ₂ 6 mois-23 mois (débutante) ₃ 2-3 ans (compétente)
₄ 4-5 ans (performante) ₅ Plus de 5 ans (experte)

Q8. Avez-vous suivi de la formation continue en lien avec la santé mentale dans les deux dernières années ?

- ₂ Non ₁ Oui Si oui, quel était le ou les sujet(s) de cette formation ?

Section 2. Fréquence d'évaluation / comportement

Q9. Dans les trois derniers mois, à quelle fréquence avez-vous réalisé une évaluation clinique infirmière auprès d'une personne avec une problématique de santé mentale (lié à un diagnostic de trouble mental ou non) ? (Cocher la réponse)

- Jamais
- À l'occasion
- Toutes les semaines ou presque

- Tous les jours ou presque
- Plusieurs fois par jour

Section 3. Conditions propices (Capacité, Motivation, Opportunité)

Q10. En pensant à votre pratique d'évaluation clinique orientée vers la santé mentale, inscrivez votre niveau d'accord avec les affirmations suivantes.

1. Je peux expliquer le but et l'importance de l'évaluation clinique auprès des personnes avec des problématiques de santé mentale
2. Je reconnais les opportunités d'évaluation clinique auprès des personnes avec des problématiques de santé mentale
3. En général, je perçois avoir les connaissances requises pour offrir une évaluation clinique de qualité auprès des personnes ayant des problèmes de santé mentale
4. En général, je perçois avoir le soutien clinique nécessaire pour améliorer ma pratique auprès des personnes avec des problèmes de santé mentale
5. Je suis en mesure de reconnaître les opportunités d'amélioration de ma pratique d'évaluation clinique auprès des personnes avec des problématiques de santé mentale
6. En général, je me sens capable d'établir une relation thérapeutique avec une personne ayant une problématique de santé mentale
7. En général, je suis à l'aise d'évaluer les besoins d'une personne en matière de rétablissement
8. En général, je me sens à l'aise d'analyser les éléments qui peuvent influencer la capacité d'une personne à maintenir une bonne santé mentale
9. En général, je me sens à l'aise d'évaluer l'état mental et de détecter des signes cliniques de troubles mentaux fréquents
10. En général, je suis à l'aise d'évaluer le risque suicidaire
11. En général, je suis à l'aise d'établir un plan thérapeutique infirmier centré sur les besoins d'une personne avec une problématique de santé mentale
12. Mon environnement de travail facilite ma capacité à prodiguer une évaluation clinique de qualité auprès des personnes avec des problématiques de santé mentale
13. J'identifie avec aisance les ressources pouvant être utilisées pour soutenir ma pratique d'évaluation clinique
14. L'évaluation clinique des personnes avec des problématiques de santé mentale fait clairement partie de mon rôle et mes responsabilités
15. En général, on s'attend de moi à ce que je sois en mesure d'offrir une évaluation centrée sur le rétablissement des personnes qui me consultent
16. En général, on s'attend de moi à ce que je sois en mesure d'offrir une évaluation clinique centrée sur les signes et symptômes des personnes qui me consultent
17. En général, on s'attend de moi à ce que je sois en mesure d'offrir une évaluation centrée sur la sécurité des personnes qui me consultent
18. En général, on s'attend de moi à ce que je sois en mesure d'offrir une évaluation centrée sur le fonctionnement global des personnes avec des problématiques de santé mentale
19. En général, je trouve pertinent d'évaluer les besoins en matière de santé mentale des personnes qui me consultent
20. En général, j'ai de l'intérêt à intervenir pour la santé mentale des personnes qui me consultent

Section 4. Milieu de pratique

Q11. Travaillez-vous dans un GMF avec une désignation universitaire (GMF-U) ?

₁ Oui ₂ Non

Q12. À votre connaissance, combien de patients sont inscrits à votre GMF ?

₁ Entre 5000 et 9 999 ₂ Entre 10 000 et 14 999 ₃ Entre 15 000 et 19 999

₄ Entre 20 000 et 24 999 ₅ Entre 25 000 et 29 999 ₆ Plus de 30 000

Questionnaire #2. Immediately post-program (T1)

Section 1. Fréquence d'évaluation / comportement

Q1. Depuis le début de la formation, à quelle fréquence avez-vous réalisé une évaluation clinique infirmière auprès d'une personne avec une problématique de santé mentale (liée à un trouble mental ou non) ? (Cocher la réponse)

- Jamais
- À l'occasion
- Toutes les semaines ou presque
- Tous les jours ou presque
- Plusieurs fois par jour

Section 2. Conditions propices (Capacité, Motivation, Opportunité) - Même échelle que le questionnaire 1, section 3.

Questionnaire #3. Six-month post-program (T2)

Section 1. Fréquence d'évaluation / comportement

Q1. Depuis la fin du programme de formation (quatre à six derniers mois), à quelle fréquence avez-vous réalisé une évaluation clinique infirmière auprès d'une personne avec une problématique de santé mentale (liée à un trouble mental ou non) ? (Cocher la réponse)

- Jamais À l'occasion Toutes les semaines ou presque Tous les jours ou presque Plusieurs fois par jour

Section 2. Conditions propices (Capacité, Motivation, Opportunité) - Même échelle que le questionnaire 1, section 3.

Qualitative data

Individual interview guide for primary care nurses immediately post-training

Section 1. Conditions propices et effets du programme

[OPPORTUNITÉS]

[Perception rôle/configuration du poste de travail et implication dans les décisions]

1. Pouvez-vous nous expliquer comment vous êtes impliqués dans les soins aux personnes vivant avec des problématiques de santé mentale ?
 - Par exemple, est-ce qu'on vous réfère directement des patients pour une évaluation ou un suivi en lien avec une problématique de santé mentale ? Si oui, lesquelles ?
2. En général, comment vos rôles et responsabilités au sein de votre GMF sont-ils définis ?
 - Êtes-vous impliqués dans les décisions entourant la description de vos tâches et responsabilités et l'amélioration de votre pratique ? Si oui, comment ?
 - Est-ce qu'il y a des procédures ou politiques en place qui légitiment vos responsabilités ? (P. ex. : procédure de référence, ordonnance collective)
3. Selon vous, est-ce que votre rôle et vos responsabilités en lien avec la santé mentale des patients qui vous consultent sont clairs ?
 - Pourquoi, selon vous ?
 - Par exemple, est-ce qu'il y a des procédures ou politiques en place qui légitiment vos responsabilités pour la santé mentale des patients ? Si oui lesquelles ?
4. Depuis votre participation au programme de formation, est-ce qu'il y a eu des changements dans votre perception de votre rôle et de vos responsabilités en lien avec la clientèle ayant des problématiques de santé mentale ou dans votre perception de la façon dont vous pouvez vous impliquer pour faire reconnaître ou améliorer votre rôle ?
 - Pourquoi, selon vous ? Expliquez comment la structure ou les activités du programme ont pu influencer votre perception.

5. Selon vous, quels profils de patients avec une problématique de santé mentale seraient le plus appropriés pour une évaluation infirmière et un suivi infirmier en GMF ? Pourquoi ?

[Perception du soutien]

6. En général, quelles sont les opportunités que vous avez pour réfléchir à votre pratique ?

7. Pouvez-vous nous expliquer quelle forme de soutien vous recevez ou auquel vous avez accès et qui, selon vous, favorise l'adoption des bonnes pratiques d'évaluation clinique auprès des personnes avec des problèmes de santé mentale ?

[MOTIVATION]

8. En général, est-ce que vous vous sentez motivés à intervenir auprès des personnes vivant avec une problématique de santé mentale ?

- Est-ce que vos motivations ont changé ou évolué depuis votre participation au programme de formation ?
- Pourquoi, selon vous ? Expliquez comment la structure ou les activités du programme ont pu influencer vos motivations.

[CAPACITÉ]

9. Comment décririez-vous vos compétences d'évaluation des besoins de santé mentale des personnes qui vous consultent ? Par exemple, quelles sont les connaissances et habiletés qui vous sont utiles ?

- Selon vous, est-ce qu'il y a eu un changement dans vos compétences depuis que vous avez participé à la formation ?
- Pourquoi, selon vous ? Expliquez comment la structure ou les activités du programme ont pu influencer vos compétences.

Section 2. Acceptabilité et faisabilité du programme

10. Quelles sont vos impressions générales quant au programme de formation ?

- Quelle activité avez-vous le plus appréciée ? Pourquoi ?
- Quelle activité avez-vous le moins appréciée ? Pourquoi ?

11. Vous avez possiblement vécu d'autres types d'activités de formation dans votre milieu sur divers sujets (formation continue). Si vous comparez le programme de formation avec les autres activités de formation, quelles différences voyez-vous ? Voyez-vous des avantages ou désavantages à la structure du programme de formation vs ce qui est fait usuellement ?

12. À quel point vous sentiez-vous en mesure/capable de participer aux différentes activités du programme de formation ? (*compréhension de ce qui était attendu de vous et confiance en vos capacités à participer aux différentes activités du programme*)

[Engagement, motivation à participer]

13. Initialement, qu'est-ce qui vous a **motivé** à participer au programme de formation ? Quels étaient vos objectifs ?

- Est-ce que vos motivations ont changé ou évolué depuis votre participation au programme de formation ?
- Pourquoi, selon vous ? Expliquez comment la structure ou les activités du programme ont pu influencer vos motivations.

14. Connaissiez-vous d'autres participants au programme de formation ?

- Est-ce que les relations antérieures avec les autres participants et/ou les PEASC qui participent à l'étude pilote ont eu un impact sur votre participation au projet ?

15. Quelles stratégies ont favorisé votre engagement au programme de formation ou pourraient favoriser l'engagement dans le futur ?

- Par exemple, est-ce que les courriels de rappel étaient aidants et pertinents ? Que pensez-vous du forum de discussion ? Avez-vous des recommandations pour mieux vous engager ?

16. Quels ont été les principaux obstacles à votre participation ? Comment ont-ils influencé votre participation ?

[Structure du programme]

17. Que pensez-vous de la **structure** du parcours de formation utilisé ? [Proposer à la personne de lui présenter un schéma du parcours de formation mettant en évidence chacune des activités du programme]

- Que pensez-vous de l'ordre/séquence des activités ? Que pensez-vous d'alterner entre des activités individuelles et de groupes ?
 - Est-ce que vous auriez modifié l'ordre/séquence de certaines activités ?

- Que pensez-vous de la durée des activités ?
 - Est-ce que vous auriez modifié l'ordre/séquence de certaines activités ?
- Que pensez-vous de la structure et du contenu du guide de route ? Est-ce qu'il vous a été utile ? Pourquoi ?
- Avez-vous d'autres suggestions pour bonifier la structure du programme ?
- Format : que pensez-vous du fait que la formation ait été en ligne ?
- Quels ont été vos principaux défis ou irritants en lien avec la plateforme TEAMS ? Pourquoi ?

[Matériel du programme]

18. Que pensez-vous du format des outils (Guide de route en ligne, Guide d'orientation en Word, fiche synthèse en Word) ? Quels ont été vos principaux irritants ?

[Nature et qualité des activités]

19. Lors de la semaine 1, vous deviez lire un guide d'orientation sur les meilleures pratiques d'évaluation et répondre à quelques questions réflexives.

- Pouvez-vous nous partager votre expérience (p. ex. : contexte de lecture, réactions, temps approximatif pour compléter l'activité). En quoi le contenu du guide est-il utile pour une infirmière en GMF ?
- Selon vous, pour qui cette activité serait la plus bénéfique, dans quel contexte ? Est-ce qu'on devrait rendre accessible le guide d'orientation sans la réflexion individuelle post-lecture ?
 - Certains ont nommé des sujets qui n'avaient pas été abordés (p. ex. : besoins spirituels, les ressources pour les personnes victimes d'actes criminels), selon vous, est-ce qu'il y a d'autres sujets essentiels à aborder en lien avec l'évaluation ?
 - Est-ce qu'il y a des choses qui étaient dans le guide qui n'auraient pas du tout dû s'y retrouver ?

20. Lors de la semaine 2, vous avez partagé vos apprentissages et discuté de cas cliniques en groupe. Est-ce que vous trouvez pertinent de revenir en groupe sur vos apprentissages et de discuter de cas cliniques ? Pourquoi ? Considérant qu'il y a plusieurs dimensions à l'évaluation, comment prioriser les thèmes à explorer à l'intérieur d'un cas clinique ?

- Quels profils de patients vous semblent plus difficiles à évaluer et qui devraient être abordés dans des vignettes cliniques ?

21. En général, les participants semblent avoir apprécié l'activité de codéveloppement. Pourquoi, selon vous ? Pour qui cette activité serait-elle bénéfique ?

- Quelles seraient vos recommandations pour rendre accessibles et promouvoir cette activité (p. ex. : à quelle fréquence, la durée, le nombre de personnes, le type d'animateur) ?
- Certains ont mentionné qu'ils auraient aimé avoir la fiche synthèse des autres participants. Quel est votre avis ? Comment cela vous aiderait-il ?
- Certains participants ont mentionné l'importance de revenir sur le contenu du guide d'orientation pendant la rencontre de codéveloppement. Pourquoi, selon vous ? Quelle est la meilleure façon d'introduire ces notions ?

22. Lors de la dernière semaine, vous avez fait un suivi de l'analyse de votre pratique et échangé sur les défis d'appliquer les bonnes pratiques à votre contexte de pratique. Pouvez-vous nous décrire brièvement votre expérience ? Est-ce que ce genre d'activités de suivi est pertinent, selon vous ? Pourquoi ?

[Rôle des acteurs]

[Formateurs]

23. Quelles sont vos impressions générales sur le rôle et la qualité des **formateurs** ?

24. Selon vous, de quelle manière ont-ils contribué à l'atteinte de vos objectifs d'apprentissages ? Quelles sont vos suggestions quant à leur participation dans le futur ?

[PEASC et PEASC-coordo]

25. Quelles sont vos impressions par rapport à l'utilité des PEASC ou des ASI sur la participation/expérience à un tel programme de formation ?

- Selon vous, quelle est l'expertise requise pour offrir du soutien clinique à des infirmières en GMF en lien avec les meilleures pratiques pour les personnes qui vivent avec des problématiques de santé mentale ? Souhaiteriez-vous vous impliquer dans un tel rôle en lien avec votre expertise ? Pourquoi ?

26. En général, quelle est votre perception du rôle des ASI et des conseillères de la DSI par rapport à l'amélioration de votre pratique ?

[Résultats]

27. Selon vous, quels sont les principaux effets du programme de formation ?
28. Est-ce que le programme pourrait avoir des effets sur la qualité des soins aux patients ? Si oui comment ?

[Maintien des bonnes pratiques]

29. Lors des rencontres de suivi, vous avez nommé plusieurs éléments en lien avec le maintien des bonnes pratiques (p. ex. : contraintes de temps, manque de flexibilité ou de gestion de votre horaire, méconnaissance de votre rôle par les médecins) et vous avez nommé certaines solutions.
 - Envisagez-vous des défis ? Si oui, lesquels ? Sinon, pourquoi ?
 - Comment décririez-vous votre niveau de confiance à maintenir ou à changer les choses en lien avec votre propre contexte de pratique ? Pourquoi ?
 - Quelle serait votre situation idéale ?
30. En terminant, avez-vous des éléments que nous n'avons pas abordés, mais que vous aimeriez discuter ?

Group interview guide for primary care nurse clinical supervisors immediately post-program

Section 1. Perception générale du programme et besoins de soutien

1. Quelles sont vos impressions générales quant au programme de formation ?
2. Selon vous, quels sont les principaux effets du programme de formation ?
 - Quels principaux **apprentissages** croyez-vous que les infirmières aient pu faire lors du programme de formation ?
 - Selon vous, quelle sera l'utilité de ces apprentissages pour les patients ?
3. Quels sont vos principaux constats ou observations quant aux besoins de soutien des infirmières participantes au projet ?
 - Est-ce que le programme vous a permis d'en apprendre sur la réalité ou les défis d'adopter les bonnes pratiques au niveau individuel et organisationnel ? Quels sont ces **défis** ?
 - Quels sont les principaux **apprentissages** que vous avez faits en lien avec l'adoption des bonnes pratiques d'évaluation orientée vers la santé mentale par les infirmières en GMF ?
4. Selon votre expérience, pour quelles raisons les infirmières en GMF demandent-elles le plus souvent du soutien en lien avec la pratique auprès des personnes avec des problématiques de santé mentale ?

Section 2. Perception du rôle de PEASC

5. Initialement, qu'est-ce qui vous a motivé à participer au programme de formation en tant que PEASC ?
6. En général, quelle est votre perception du soutien clinique, quel est le but pour le professionnel de la santé ?
 - Quelle est votre perception du rôle des conseillères en soins/ASI ?
7. De manière générale, comment êtes-vous impliquées dans le développement de la pratique ou le soutien clinique auprès des infirmières en GMF ? Comment votre rôle et vos responsabilités sont-ils définis ?
 - Êtes-vous impliqués dans l'amélioration continue des pratiques de soutien ou dans les décisions entourant l'amélioration de votre rôle ? Si oui, comment ?
 - À votre connaissance, est-ce qu'il y a des procédures ou politiques pour légitimer votre rôle comme personne qui exerce des activités de soutien clinique ?
8. Suite à votre participation aux activités du programme de formation et aux observations que vous avez faites, de quelle manière est-ce qu'une PEASC devrait être impliquée dans le programme de formation, selon vous ?
 - Avec la manière dont vous voyez le rôle de la PEASC, est-ce que ce serait nécessaire qu'il y ait un formateur ? Pourquoi, selon vous ?
 - Quelle expertise et quelles compétences devraient avoir la PEASC, selon vous ?
9. Est-ce que le rôle de PEASC est cohérent avec vos fonctions habituelles ? En quoi est-il similaire ou différent ?
 - Selon vous, quels sont les principaux défis de pouvoir jouer le rôle de PEASC/ASI/conseillères dans un tel programme de formation ?
 - o Quelles seraient les meilleures conditions pour que la PEASC puisse exercer pleinement son rôle ?

- Quelles seraient les stratégies à mettre en place pour favoriser ou maintenir ces conditions si le programme de formation était implanté à grande échelle ?
- Selon vous, comment une PEASC (p. ex. : ASI) peut contribuer à renforcer la capacité des infirmières à adopter les bonnes pratiques d'évaluation clinique ?

Section 3. Acceptabilité du programme

10. Que pensez-vous de la **structure** du programme de formation ? Ou quelle est votre perception face à la séquence/ordre des activités ?
 - Comment percevez-vous le temps nécessaire pour participer aux différentes activités vs les impacts sur les apprentissages et la pratique ?
 11. Quelles sont vos principales **recommandations** pour améliorer le programme de formation ?
- En terminant, avez-vous des éléments que nous n'avons pas abordés, mais que vous aimeriez discuter ?

Individual interview guide for primary care nurses six-month post-training

[OPPORTUNITÉS]

[Perception rôle/configuration du poste de travail et implication dans décisions]

[Comportement]

1. Depuis la fin du programme de formation (4 à 6 mois), avez-vous été impliqués dans les soins aux personnes avec des problématiques de santé mentale ? Pour quelles raisons et comment ?
2. Depuis la fin du programme de formation (4 à 6 mois), y a-t-il eu des changements dans votre pratique d'évaluation auprès des personnes avec des problématiques de santé mentale ?
 - Y a-t-il une différence avant et après le programme ?
 - Est-ce qu'on vous réfère plus de patients pour une évaluation ou un suivi en lien avec une problématique de santé mentale ? Si oui, comment et pourquoi ?
 - Y a-t-il eu des changements dans la nature de vos responsabilités en lien avec les personnes qui ont des problématiques de santé mentale ? Si oui, comment et pourquoi ?
3. Lors des rencontres de suivi à la dernière semaine et des entrevues réalisées auprès des participants à la fin du programme, plusieurs éléments ont été nommés en lien avec les défis de maintenir les bonnes pratiques (p. ex. : contraintes de temps, manque de flexibilité ou de gestion de votre horaire, méconnaissance de votre rôle par les médecins). Plusieurs solutions ont également été nommées.
 - Quels étaient vos défis anticipés ? Avez-vous vécu ces **défis** ? Sinon, pourquoi ?
 - Depuis la fin du programme (4 à 6 mois), est-ce que vous avez pris des actions pour améliorer votre pratique d'évaluation ?
 - Si oui, pouvez-vous nous expliquer quels ont été les actions ou moyens que vous avez pris ? Quel était l'objectif de ces actions ? Est-ce que cela a eu un effet ou des effets, pourquoi ?
 - Est-ce qu'il y a des éléments qui vous ont aidé à vous mettre en action ?
 - Est-ce que des **solutions** proposées lors du programme vous ont aidé à maintenir les bonnes pratiques d'évaluation en matière de santé mentale (p. ex. : morceler les rencontres, faire des rencontres de codéveloppement en groupe, rencontrer votre équipe pour l'informer de votre rôle, etc.)
 - Qu'est-ce qu'il reste à faire pour atteindre votre situation idéale ?
4. Plusieurs personnes ont mentionné avoir créé ou utilisé un gabarit de notes suite au programme, avez-vous changé la manière dont vous prenez des notes au dossier suite à l'évaluation des patients ayant une problématique de santé mentale ?
 - Utilisez-vous un gabarit de notes ?
 - Si oui, pourriez-vous expliquer comment vous l'avez bâti, structuré ou sélectionné ?
 - Si oui, est-ce que vos collègues utilisent également un gabarit de notes ?
 - Pourriez-vous nous partager votre gabarit de note ?
 - En quoi est-ce que cette note vous aide (pourquoi et pour qui) ?
5. Depuis la fin du programme (4 à 6 mois), avez-vous consulté ou utilisé des outils proposés ?

- Si oui, lesquels (p. ex. : Guide d'orientation, résumé du Guide d'orientation, Forum de discussion) ?
- Si non, est-ce qu'il y a des situations où vous auriez eu besoin d'information ou de ressources pour vous guider dans vos décisions ? Lesquelles ?

[Perception du soutien]

6. Depuis la fin du programme (4 à 6 mois), avez-vous eu de nouvelles opportunités pour réfléchir ou échanger sur votre pratique en lien avec les personnes ayant des problématiques de santé mentale ?
 - Si oui, lesquelles ?
 - Sinon, à votre connaissance, est-ce que de nouvelles opportunités de réflexion sur votre pratique clinique sont à venir ?
7. Depuis la fin du programme (4 à 6 mois), y a-t-il eu des changements dans l'offre de soutien clinique en lien avec les pratiques pour les personnes avec des problématiques de santé mentale ?
8. Depuis la fin du programme (4 à 6 mois), avez-vous eu accès à du soutien pour mettre en place les bonnes pratiques d'évaluation clinique auprès des personnes avec des problèmes de santé mentale ?
 - Si oui, pouvez-vous nous expliquer le (ou les) contexte dans lequel vous avez reçu du soutien ? Pourriez-vous décrire quel type de soutien vous a été donné ? Qui vous a offert ce soutien ? Est-ce que la personne qui vous a offert du soutien avait participé au programme de formation ?
 - Sinon, auriez-vous eu besoin de soutien clinique depuis la fin du programme (4 à 6 mois) ? Pouvez-vous nous expliquer dans quel contexte vous avez eu besoin de ce soutien ?

[MOTIVATION]

9. Depuis la fin du programme (4 à 6 mois), est-ce que vous vous sentez toujours motivé à intervenir auprès des personnes vivant avec une problématique de santé mentale ?
 - Est-ce que vos motivations ont changé ou évolué depuis votre participation au programme de formation ?
 - Si oui, pourquoi, selon vous ?

[CAPACITÉ]

10. Depuis la fin du programme (4 à 6 mois), comment décririez-vous vos compétences en matière d'évaluation des besoins de santé des personnes avec des problématiques de santé mentale ? Par exemple, quelles sont les connaissances et habiletés qui vous sont utiles ?
 - Selon vous, est-ce qu'il y a eu un changement dans vos compétences depuis que vous avez participé à la formation ?
 - Pourquoi, selon vous ?

[LIEN AVEC ACTEURS]

[Formateurs]

11. Depuis la fin du programme (4 à 6 mois), avez-vous utilisé des conseils/outils venant des formateurs ?

[PEASC coordo ou PEASC]

12. Y a-t-il eu un changement dans le soutien offert par la conseillère en soins infirmiers ou de votre ASI par rapport à l'amélioration de votre pratique d'évaluation ?
 - Les avez-vous consultées ?
 - Est-ce qu'elle a offert du soutien ? Si oui, de quelle manière ?

[PERCEPTION DES RÉSULTATS]

13. Quels sont les principaux résultats de votre participation au programme ?
 - Avez-vous remarqué un effet en lien avec la collaboration entre les infirmières ou entre les autres professionnels ?
14. Est-ce que le programme a eu des effets sur la qualité des soins aux patients, selon vous ? Si oui comment ? Pourriez-vous donner des exemples ?
15. Selon vous, que devrions-nous mesurer pour démontrer les effets du programme en vous appuyant sur les effets que vous avez perçus ?

[BESOINS DE SOUTIEN]

16. Pouvez-vous me donner un exemple d'une situation clinique où vous vous sentez moins en confiance ou compétente pour évaluer les besoins d'une personne avec une problématique de santé mentale ?

17. À l'inverse, pouvez-vous me donner un exemple de situations où vous vous sentez compétente et en confiance d'intervenir ?

18. Avez-vous déjà expérimenté une évaluation avec une personne où la relation était plus difficile à établir ?

– Si oui, pourriez-vous nous donner un exemple concret ? Qu'est-ce qui rendait la situation difficile ?

– Qu'est-ce qui vous aurait aidé à mieux gérer la situation, selon vous ?

[CONCLUSION]

19. En terminant, avez-vous des éléments que nous n'avons pas abordés, mais que vous aimeriez discuter ?

Individual interview guide for primary care nurse clinical supervisors six-month post-training

[CHANGEMENTS DANS L'OFFRE DE SOUTIEN]

1. Depuis la fin du programme, avez-vous offert du soutien aux infirmières participantes au programme de formation ou à d'autres infirmières en lien avec leur pratique auprès des personnes avec des problématiques de santé mentale ? Si oui, pouvez-vous nous expliquer le contexte de ce soutien ?

– Quels étaient les besoins des infirmières ?

– De quelle manière avez-vous offert du soutien clinique depuis la fin du programme de formation, est-ce que ce soutien a changé ? Si oui, expliquez.

– Avez-vous suggéré des activités ou des lectures aux infirmières ?

– Avez-vous développé des groupes de discussion ?

– Est-ce que l'approche réflexive est une stratégie que vous utilisez en soutien clinique ?

– Avez-vous d'autres stratégies ?

2. Lors de la rencontre de suivi, les infirmières avaient nommé plusieurs enjeux en lien avec l'adoption des bonnes pratiques et certaines solutions avaient également été proposées (p. ex. : morceler l'évaluation, débiter du codéveloppement, informer l'équipe médicale des compétences d'évaluation de l'infirmière et du suivi qu'elle peut faire, partager les évaluations/suivis avec les médecins). À votre connaissance, est-ce que des solutions ont été mises en place dans les milieux cliniques ?

– Quelles ont été ces stratégies/solutions ?

– Avez-vous été impliqués ? Si oui, comment ?

[RÔLE DE PEASC]

3. De façon générale, qu'est-ce qui vous motive à offrir du soutien clinique à vos collègues ?

4. De façon générale, exercez-vous du soutien clinique formel (p. ex. : ASI) ou informel (p. ex. : infirmière experte reconnue par ses pairs) aux infirmières en GMF ? Pouvez-vous nous donner des exemples concrets ?

5. Selon vous, quelles sont les « bonnes pratiques de soutien clinique » ?

6. Quels principaux défis en lien avec l'adoption des bonnes pratiques de soutien clinique vivez-vous le plus souvent ? Pouvez-vous nous donner des exemples concrets ?

7. Est-ce qu'il y a des défis particuliers en lien avec les pratiques pour la clientèle ayant des problématiques de santé mentale ?

8. Selon vous, quelles seraient les meilleures conditions pour exercer un rôle de soutien clinique auprès de vos collègues infirmières en GMF ?

9. Est-ce que vous avez reçu une ou des formations quant à la manière d'offrir du soutien clinique depuis la fin du programme (ou avant) ?

– Quelles connaissances et habiletés vous semblent essentielles à détenir pour adopter les bonnes pratiques de soutien clinique ?

10. Depuis la fin du programme de formation, vous êtes-vous impliquée dans l'amélioration de votre rôle ou dans les décisions entourant l'amélioration de votre rôle de soutien clinique ? Si oui, comment ?

– Par exemple, vous êtes-vous impliquée dans la création ou l'adoption de procédures ou politiques pour légitimer votre rôle comme personne qui exerce des activités de soutien clinique ?

– Y a-t-il eu des freins quant à votre implication dans le développement de votre rôle ?

11. Dans le contexte de votre rôle comme personne qui exerce des activités de soutien clinique, avec qui travaillez-vous le plus souvent ? Quel est votre lien avec les directions de votre établissement ? (GMF, DSI ou autres.)
12. Est-ce que le programme de formation a eu des impacts sur votre pratique ? Si oui lesquels ?
13. En terminant, avez-vous des éléments que nous n'avons pas abordés, mais que vous aimeriez discuter ?

Observational reports of group activities

The following 3 observation reports will be completed by the research team during group activities.

Observational report #1. Group activity – Week 1

Informations générales
Date et heure de la rencontre :
Lieu : En mode virtuel (Teams)
Prénom, nom et fonction des personnes présentes :

Déroulement de la rencontre (durée totale x 90 minutes)	Temps réel
1. Retour sur les principaux éléments du guide d'orientation et approfondissement selon les besoins. Temps prévu : 15 min.	
2. Discussion sur les opportunités d'évaluation auprès de diverses clientèles. Temps prévu : 50 min.	
3. Partage de ses réflexions individuelles. Temps prévu : 15 min.	
4. Préparation à l'activité de codéveloppement. Temps prévu : 10 min.	

Objets de la rencontre	
Réactions	Notez les réactions spontanées en lien avec l'activité de formation et le contenu discuté :
Apprentissages	Notez les éléments en lien avec ce que les infirmières mentionnent avoir appris pendant le programme de formation :
Comportements	Notez les éléments en lien avec les activités réalisées par les infirmières (relation thérapeutique, besoins de sécurité, signes et symptômes, fonctionnement/habitudes de vie, rétablissement) :
Défis ou enjeux liés à l'adoption des bonnes pratiques	Notez les préoccupations des infirmières en lien avec l'adoption des bonnes pratiques d'évaluation :
Dynamique des échanges/engagement	Notez les éléments de la dynamique de groupe, comme l'ambiance générale de la rencontre, niveau d'engagement des participants :
Autres éléments observés (notes complémentaires) :	

Observational report #2. Group activity – Week 5

Informations générales	
Date et heure de la rencontre :	
Lieu : En mode virtuel (Teams)	
Prénom, nom et fonction des personnes présentes :	
Déroulement de la rencontre (durée totale x 120 minutes)	Temps réel
1. Introduction de la rencontre. Temps prévu : 5 min.	

2.	Retour sur les opportunités d'évaluation. Temps prévu : 3 min. par personne, donc 15 min (si 5 inf.) et 21 min (si 7 inf. ou plus)	
3.	Voter pour décider de 2 cas à approfondir. Temps prévu : 4 min.	
4.	Première démarche de codéveloppement	
	4.1. Description de la situation vécue. Temps prévu : 4 min.	
	4.2. Clarification et questions d'information. Temps prévu : 10 min.	
	4.3. Contrat. Temps prévu : 3 min.	
	4.4. Réactions, commentaires et suggestions. Temps prévu : 15 min.	
	4.5. Synthèse et plan d'action. Temps prévu : 8 min.	
	4.6. Conclusion (synthèse des apprentissages). Temps prévu : 5 min.	
	Temps total prévu (cas 1) : 45 min.	
5.	Deuxième démarche de codéveloppement	
	5.1. Description de la situation vécue. Temps prévu : 4 min.	
	5.2. Clarification et questions d'information. Temps prévu : 10 min.	
	5.3. Contrat. Temps prévu : 3 min.	
	5.4. Réactions, commentaires et suggestions. Temps prévu : 15 min.	
	5.5. Synthèse et plan d'action. Temps prévu : 8 min.	
	5.6. Conclusion (synthèse des apprentissages). Temps prévu : 5 min.	
	Temps total prévu (cas 2) : 45 min.	
6.	Conclusion de la rencontre. Temps prévu : 5 min.	

Objets de la rencontre	
Réactions	Notez les réactions spontanées en lien avec l'activité de formation et le contenu discuté :
Apprentissages	Notez les éléments en lien avec ce que les infirmières mentionnent avoir appris pendant le programme de formation : Les <u>propos</u> des personnes participantes démontrent une intégration de certaines connaissances issues du guide de formation : Les <u>interventions proposées</u> par les personnes participantes indiquent l'acquisition de certaines connaissances et compétences :
Comportements	Notez les éléments en lien avec les activités réalisées par les infirmières (relation thérapeutique, besoins de sécurité, signes et symptômes, fonctionnement/habitudes de vie, rétablissement) :
Défis ou enjeux liés à l'adoption des bonnes pratiques	Notez les préoccupations des infirmières en lien avec l'adoption des bonnes pratiques d'évaluation :
Dynamique des échanges/engagement	Notez les éléments de la dynamique de groupe, comme l'ambiance générale de la rencontre, niveau d'engagement des participants :
Autres éléments observés (notes complémentaires) :	

Observational report #3. Group activity – Week 6

Informations générales
Date et heure de la rencontre :
Lieu : En mode virtuel (Teams)

Prénom, nom et fonction des personnes présentes :	
Déroulement de la rencontre (durée totale x 60 minutes)	Temps réel
1. Retour sur les apprentissages, à tour de rôle. Temps prévu : 15 min.	
2. Discussion sur les défis et les opportunités d'amélioration de sa pratique. Temps prévu : 35 min.	
3. Sommaire des recommandations selon la perception des participant(e)s. Temps prévu : 10 min.	

Objets de la rencontre	
Réactions	Notez les réactions spontanées en lien avec l'activité de formation et le contenu discuté :
Apprentissages	Notez les éléments en lien avec ce que les infirmières mentionnent avoir appris pendant le programme de formation :
Comportements	Notez les éléments en lien avec les activités réalisées par les infirmières (relation thérapeutique, besoins de sécurité, signes et symptômes, fonctionnement/habitudes de vie, rétablissement) :
Défis ou enjeux liés à l'adoption des bonnes pratiques	Notez les préoccupations des infirmières en lien avec l'adoption des bonnes pratiques d'évaluation :
Dynamique des échanges/engagement	Notez les éléments de la dynamique de groupe, comme l'ambiance générale de la rencontre, niveau d'engagement des participants :
Autres éléments observés (notes complémentaires) :	