



**Lancement du projet de formation en ligne**  
**Cible qualité III:**  
*Stratégie de dissémination provinciale d'un programme  
d'application des connaissances novateur  
de première ligne en santé mentale*

---

**Pasquale Roberge, Ph.D.**

Professeure adjointe

Département de médecine de famille et de médecine d'urgence

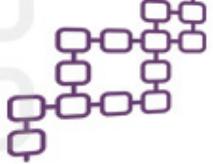
Université de Sherbrooke

# OBJECTIFS DE LA PRÉSENTATION

1. Pourquoi s'intéresser aux **troubles anxieux et dépressifs** en première ligne?
2. Qu'est-ce que le programme d'application des connaissances **Cible qualité**?
3. Cible qualité III – une **stratégie de dissémination** provinciale du programme d'application des connaissances novateur de première ligne en santé mentale.

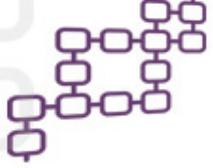
1. Pourquoi s'intéresser aux troubles anxieux et dépressifs en première ligne?

# POURQUOI LES TROUBLES ANXIEUX ET DÉPRESSIFS?



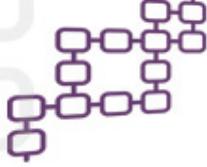
- Les troubles anxieux et dépressifs sont les troubles mentaux **les plus fréquents** dans la population générale et en première ligne;
- Conséquences graves pour les personnes qui en souffrent et leurs proches: **vie conjugale et familiale, situation financière, réalisation académique et professionnelle, engagement social**;
- Pour la société: **baisse de productivité, l'utilisation de services de santé et la surmortalité**;
- Risque élevé de **concomitance** avec d'autres troubles mentaux et maladies chroniques, de **rechutes**, et évoluent fréquemment vers la **chronicité**.
- **Moins d'une personne sur deux** accède à un traitement en adéquation avec les guides de pratique clinique.

# POURQUOI CIBLER LA PREMIÈRE LIGNE?



- **Plus de 80%** des personnes qui consultent pour des raisons de santé mentale s'adressent aux services de première ligne – principalement les médecins omnipraticiens.
- Au Québec, les services de 1<sup>ère</sup> ligne constituent **l'élément clé** du dispositif de soins pour les personnes atteintes de troubles mentaux.
- La prestation des soins et services de 1<sup>ère</sup> ligne fait appel à **différents types d'habiletés et de connaissances** pour: évaluer, diagnostiquer, traiter, soutenir et référer les personnes.
- Besoin d'un **réseau local de services** qui travaille en collaboration.
- Intégrer les services de santé mentale en 1<sup>ère</sup> ligne est la meilleure approche pour **combler l'écart entre les besoins de soins et les traitements offerts à la population.**

# SOUTENIR L'AMÉLIORATION DES SOINS ET SERVICES DE 1<sup>ère</sup> LIGNE POUR LES TROUBLES DÉPRESSIFS ET ANXIEUX

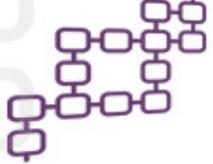


- Le projet Cible Qualité a été développé pour **soutenir l'implantation des pratiques basées sur les données probantes** en 1<sup>re</sup> ligne.
- La recherche doit se concentrer sur le **processus complexe de mise en œuvre d'innovations** dans les soins et services de santé, et en assurer la pérennité.
- Approche **participative** qui vise à étudier dans quelle mesure des interventions cliniques et organisationnelles peuvent être mises en œuvre dans différents contextes de pratique clinique au Québec.



2. Qu'est-ce que le programme d'application des connaissances Cible qualité?

# HISTORIQUE DU PROJET CIBLE QUALITÉ



## En continuité avec projet DIALOGUE (Fournier et al., 2006-2010):

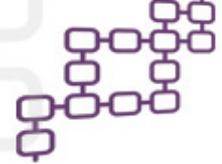


- Évaluation du degré de mise en œuvre du Plan d'action en santé mentale
- Constat : plusieurs défis liés à l'implantation des modèles organisationnels et des pratiques cliniques

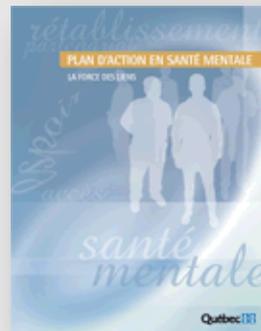
## Objectif principal:

- Soutenir l'**amélioration des soins et services de première ligne** en santé mentale pour les personnes souffrant de **troubles anxieux et dépressifs** par le biais d'un programme **d'application des connaissances**.

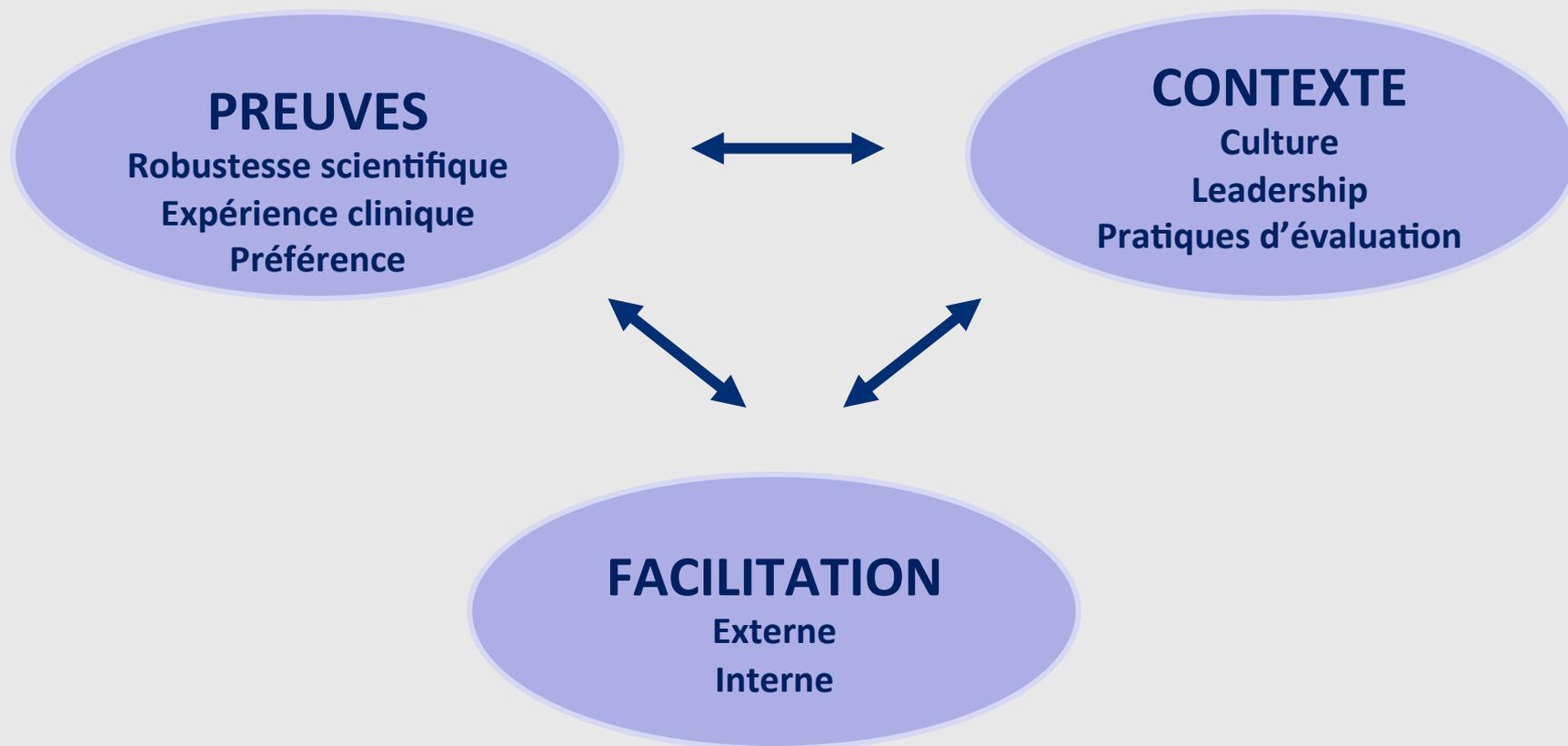
# CIBLE QUALITÉ: UN CONTEXTE FAVORABLE



- Création des CSSS et des réseaux locaux de services;
- Développement des équipes de santé mentale des CSSS;
- Publication des *Orientations relatives à l'organisation des soins et des services offerts à la clientèle adulte par les équipes en santé mentale de première ligne en CSSS* et des *Guichets d'accès en santé mentale*
- Implantation du rôle du médecin spécialiste répondant
- Volonté de mettre en place des soins en collaboration



# LE CADRE D'APPLICATION DES CONNAISSANCES (PARIHS, Kitson et al., 1998)



# NOTRE APPROCHE DE FACILITATION



## LES PARTICIPANTS

Regroupés en comités de travail locaux  
Soutenus par un leadership organisationnel

10 équipes de santé mentale de CSSS

+ 120 participants: cliniciens, gestionnaires,  
décideurs, médecins de famille, psychiatres,  
partenaires communautaires



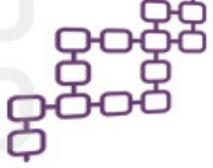
## LA DÉMARCHE D'APPLICATION DES CONNAISSANCES

Démarche de courtage de connaissances

Programme de formation :  
6 rencontres et soutien continu

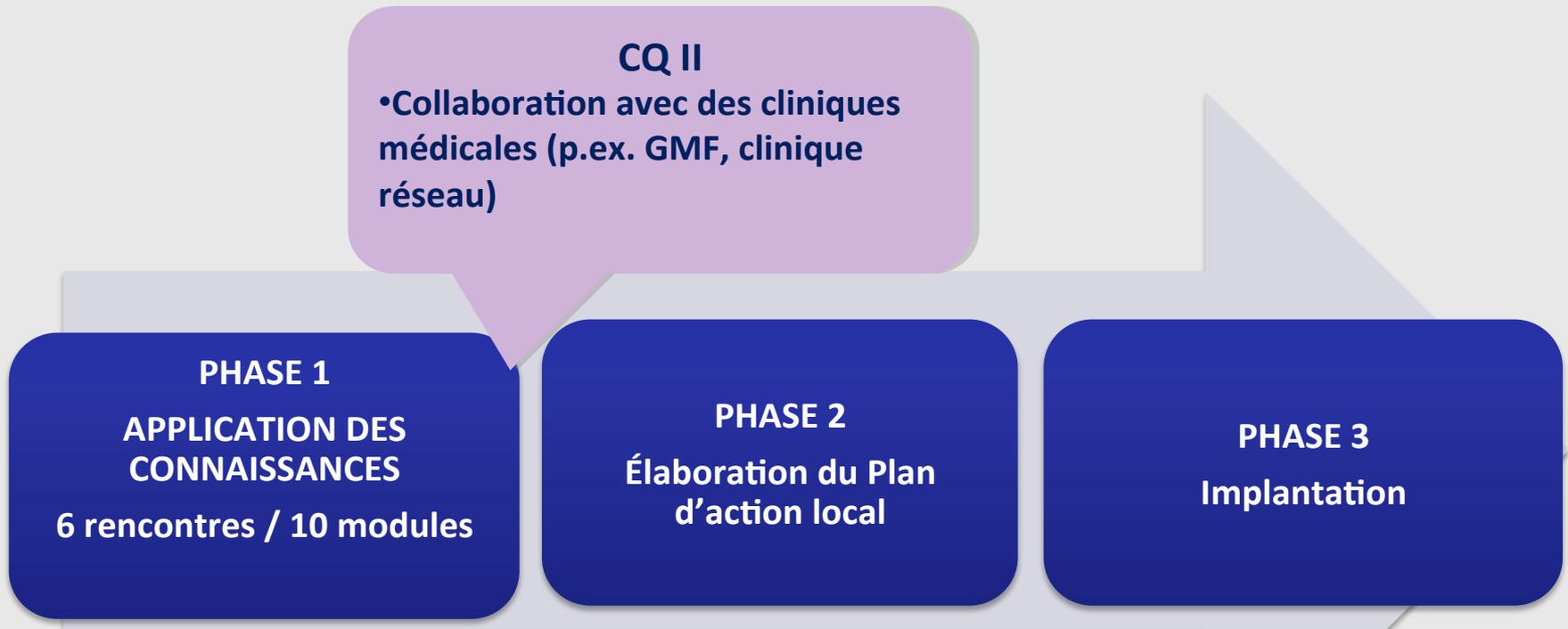
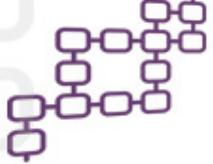
Stratégies organisationnelles et cliniques  
choisies par chaque milieu et adaptées à leur  
contexte local

# PARTICIPANTS AU PROJET CIBLE QUALITÉ



- ❖ CSSS de la Baie-des-Chaleurs
- ❖ CSSS de la Vieille-Capitale
- ❖ CSSS de Bordeaux – Cartierville - Saint-Laurent
- ❖ Centre de Santé de Tulattavik de l'Ungava
- ❖ CSSS du Sud-Ouest-Verdun
- ❖ CSSS de Laval
- ❖ CSSS Pierre-Boucher
- ❖ CSSS Jeanne-Mance
- ❖ CSSS de Chicoutimi
- ❖ CSSS du Suroît

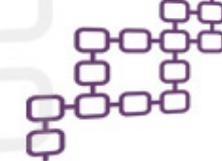
# LES TROIS PHASES DE CIBLE QUALITÉ



**CQ I → 2008 – 2010**

**CQ II → 2011 – 2014**

# BUTS RELIÉS À LA QUALITÉ DES SOINS



## Accès

- Répondre aux *besoins de soins et services* de la communauté.

## Équité

- Distribution équitable des ressources en fonction des besoins de la population.

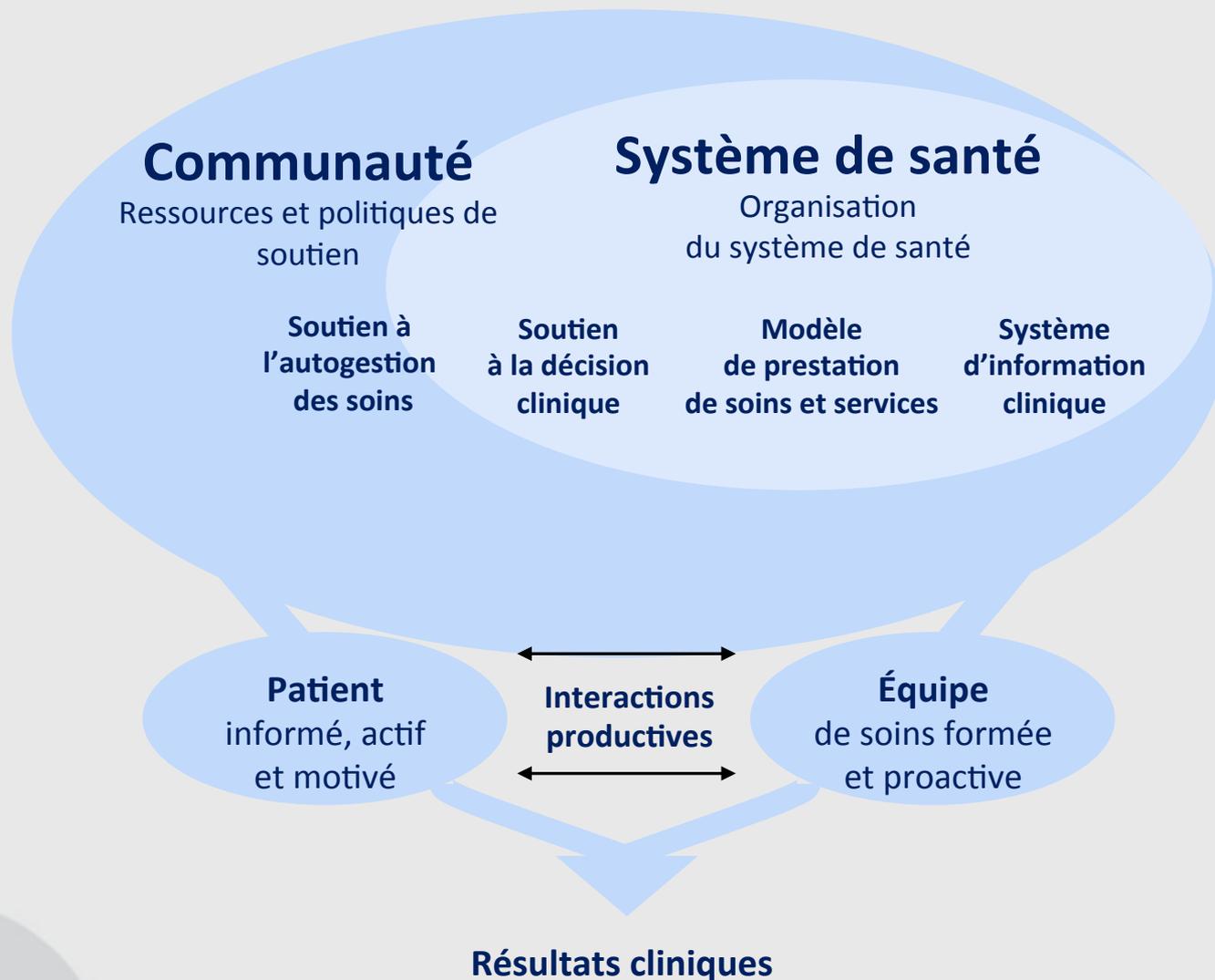
## Efficacité

- Améliorer l'état de santé et de bien-être.

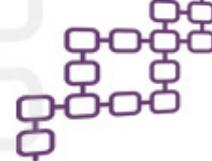
## Efficience

- Distribution des ressources limitées de manière à maximiser les gains de santé pour la société.

# LE PROGRAMME DE FORMATION (1): Le modèle de gestion des maladies chroniques



# LE PROGRAMME DE FORMATION (2): Les soins en étape (NICE)



## ÉTAPE 4 :

Dépression sévère et complexe<sup>2</sup>; risque pour la vie; autonomégligence grave.

> [page 53](#)

Traitements pharmacologiques, interventions psychologiques de haute intensité, électrochocs, services de gestion de crise, traitements combinés, soins multidisciplinaires, et hospitalisation.

## ÉTAPE 3 :

Persistance de symptômes dépressifs sous le seuil diagnostique, ou dépression légère ou modérée avec une réponse inadéquate aux interventions initiales. Dépression modérée à sévère.

> [page 35](#)

Traitements pharmacologiques, interventions psychologiques de haute intensité, traitements combinés, soins en collaboration, et aiguillage vers des évaluations et interventions plus poussées.

## ÉTAPE 2 :

Persistance de symptômes dépressifs sous le seuil diagnostique ou dépression légère à modérée.

> [page 32](#)

Interventions psychologiques et psychosociales de faible intensité, traitements pharmacologiques et aiguillage vers des évaluations et interventions plus poussées.

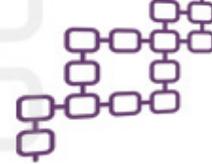
## ÉTAPE 1 :

Toutes les présentations connues et soupçonnées de la dépression.

> [page 22](#)

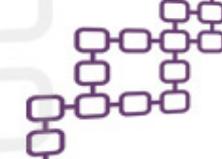
Évaluation, soutien, psychoéducation, surveillance active et aiguillage vers des évaluations et interventions plus poussées.

# RETOMBÉES: LE POINT DE VUE DES ÉQUIPES



- ✓ Mise à jour des connaissances pour l'ensemble de l'équipe;
- ✓ Révision et bonification de l'offre de service au GASM;
- ✓ Accès aux services et listes d'attente;
- ✓ Collaborations avec les différents partenaires du réseau local;
- ✓ Réorganisation des services selon le modèle des soins en étapes;
- ✓ Révision des trajectoires de soins;
- ✓ Utilisation de questionnaires validés;
- ✓ Interventions de faible intensité et interventions de groupe;
- ✓ Culture d'évaluation continue;
- ✓ Collaboration entre les professionnels;
- ✓ Consolidation des liens avec les partenaires communautaire.

# LE MODÈLE DE SOINS EN ÉTAPES



**Collaboration :**  
**Équipes de 1<sup>ère</sup>**  
**ligne en santé**  
**mentale et**  
**équipes de 2<sup>e</sup>**  
**ligne en santé**  
**mentale**



**Collaboration:**  
**Équipes de 1<sup>ère</sup>**  
**ligne en santé**  
**mentale et les**  
**omnipraticiens**



Cible qualité III – une stratégie de dissémination provinciale d'un programme d'application des connaissances novateur de première ligne en santé mentale



# LE DÉFI DE CIBLE QUALITÉ III

- ✓ Développer une stratégie de dissémination du programme d'application des connaissances **sans le soutien externe d'une équipe de recherche et d'une courtière de connaissances;**
- ✓ Rendre disponible **les contenus et les outils** développés au cours des six années du projet Cible Qualité;
- ✓ Faire connaître des **initiatives prometteuses** et donner la parole aux acteurs du milieu;
- ✓ Permettre aux participants **d'adapter le programme à leur contexte local.**

# LE PROGRAMME

## À qui s'adresse le programme ?

- Les principaux acteurs qui œuvrent dans les services de 1<sup>ère</sup> ligne (décideurs, gestionnaires, cliniciens), tant dans les **équipes de santé mentale** que les **cliniques médicales** avec lesquelles elles collaborent.

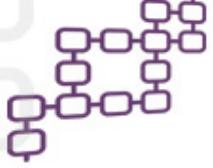
## Pourquoi suivre ce programme ?

- Améliorer et consolider les services de 1<sup>ère</sup> ligne pour le traitement des troubles dépressifs et anxieux.

## Quelle est la stratégie d'application des connaissances préconisée?

- Un programme autogéré disponible en ligne, structuré par modules.

# LES CONTENUS PROPOSÉS



**Le programme de formation de Cible Qualité III a été développé en tenant compte :**

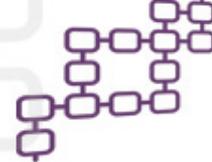
- des **données probantes** disponibles sur les pratiques cliniques et les stratégies organisationnelles;
- de l'apport des différents **groupes de travail** au cours des six années de CQI et CQII ;
- de l'**expertise d'acteurs de divers milieux** (clinique, recherche, gestion) qui ont contribué à bonifier et structurer notre programme ;
- du **regard critique** que les participants ont eu face au projets CQI et CQII ;
- des **expériences prometteuses** mises de l'avant dans CQI et CQII.

# FORMATION EN LIGNE CQIII



- **Structure des modules:**
  - Objectif du module
  - Activité pédagogique – Présentation en ligne
  - La parole est à l'expert
  - Initiatives prometteuses
  - Du côté pratique et scientifique
  - On passe à l'action
- **Capsules vidéos**
- **Documents à télécharger**
- **Quiz**

# LES SEPT MODULES DE CQIII



1

- Implantation de changements dans les pratiques

2

- Les soins par étapes
- Les guides de pratique clinique

3

- La référence, l'accès, l'évaluation de la demande et l'évaluation clinique initiale

4

- Le soutien à l'autogestion
- Les interventions de faible intensité

5

- Les interventions psychologiques d'intensité élevée

6

- La gestion des traitements pharmacologiques

7

- Les soins en collaboration

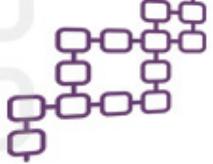
# METTRE EN PLACE LA FACILITATION



## Identifier un chargé de projet qui aura comme rôle de :

- s'appropriier les contenus du programme de formation;
- animer des rencontres de travail avec les intervenants qui suivent le programme de formation en ligne ;
- assurer un suivi entre les rencontres afin de soutenir la planification, l'implantation et l'évaluation des changements ;
- tenir compte des facteurs contextuels qui peuvent entraver ou soutenir la démarche entreprise ;
- s'appuyer de modèles d'implantation de changement dans les pratiques cliniques pour soutenir la démarche dans son milieu.

# L'APPROCHE DE FACILITATION



## Rôle

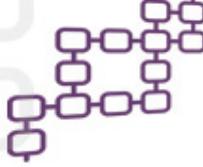
- Vision systémique de l'organisation et des équipes
- Favorise le développement continu des équipes
- Soutien à la planification des tâches et à la coordination

## Habilités

- Réflexion critique et crédibilité
- Connaissances et compétences pour soutenir le changement
- Encourage l'échange de savoirs

Capacité à apporter le leadership et la motivation nécessaires à amorcer et poursuivre un projet d'amélioration de la qualité.

# PLANIFIER LE PROCESSUS DE CHANGEMENT



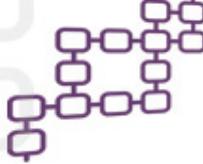
## Un contexte favorable au changement:

- équipe motivée possédant les compétences et l'expertise pertinente;
- réceptif au changement;
- participation du groupe cible dans la planification;
- engagement actif des décideurs;
- planification et gestion de temps efficaces;
- ressources et soutien adéquats.

## Des ressources complémentaires en appui à l'implantation:

- Le Centre national d'excellence en santé mentale du MSSS;
- Institut national de santé publique du Québec;
- Le réseau Qualaxia.

# INSCRIPTION AU PROGRAMME CQII



- Offert sur le site web du Campus Virtuel de l'INSPQ : <http://campusvirtuel.inspq.qc.ca/>
- Formation gratuite
- Disponible dès la rentrée 2015
- Crédits de formation disponibles
- Diffusion prévue au mois d'août

The screenshot displays the homepage of the Institut national de santé publique Québec (INSPQ). At the top, there is a navigation bar with the following links: Accueil, Portail Québec, and INSPQ. Below this, a horizontal menu lists: Accueil, À propos de nous, Formations, Conférences en ligne, Offre de services et d'accompagnement, Plan du site, and Nous joindre. The main content area is divided into several sections:

- NOTRE APPROCHE DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES**: L'approche par compétences et les référentiels de compétences en santé publique du Québec sont au centre de la formation continue.
- ACTIVITÉS DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES**: L'INSPQ, en collaboration avec ses partenaires offre diverses activités de développement des compétences : formation en ligne, formation en présentiel, colloques et congrès.
- RESSOURCES PÉDAGOGIQUES**: Cadres de références, guides, autres documents sont mis à votre disposition pour vous permettre de réaliser vos activités de formation.
- OBJETS D'APPRENTISSAGE**: Ce répertoire de ressources de divers domaines de santé publique vous permet un transfert des nouvelles connaissances et vous offre divers outils d'apprentissage.
- OFFRE DE STAGES**: L'INSPQ offre aux étudiants, aux professionnels et aux médecins, des stages dans les divers domaines de la santé publique qui se déroulent dans un milieu riche et dynamique.
- COLLABORATION INTERNATIONALE**: Espace de partage de connaissances et de compétences en santé publique avec des partenaires de divers pays.

On the right side, there is a 'Vous connecter' section with buttons for 'FORMATIONS EN LIGNE' and 'CONFÉRENCES EN LIGNE', and a 'Liens utiles' section with links to 'Portails', 'Universités du Québec', and 'Ordres professionnels'.

At the bottom, there is a footer with the text: 'Politique de confidentialité | Réalisation du site | Accessibilité | Conditions d'utilisation' and the Québec logo. Below the logo, it says '© 2012 - 2013 Gouvernement du Québec'.

# PARTENAIRES

## Principaux partenaires financiers

- Institut de recherche en santé du Canada <sup>CQ, CQII, CQIII</sup>
- Fonds de recherche du Québec – Santé <sup>CQ, CQII</sup>
- Bell Canada <sup>CQII</sup>

## Autres partenaires

- Institut national de santé publique du Québec <sup>CQ, CQII, CQIII</sup>
- Centre de recherche du centre hospitalier de l'Université de Montréal <sup>CQ</sup>
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux <sup>CQ, CQII, CQIII</sup>
- Comité d'experts Jalons <sup>CQII</sup>
- Revivre <sup>CQII</sup>





## Équipe de recherche:

- Pasquale Roberge, Ph.D. <sup>CQ, CQII, CQIII</sup>
- Louise Fournier, Ph.D. <sup>CQ, CQII, CQIII</sup>
- Denise Aubé, M.D., M.Sc. <sup>CQ</sup>
- Marie-Dominique Beaulieu, M.D., M.Sc. <sup>CQ</sup>
- Astrid Brousselle, Ph.D. <sup>CQ</sup>
- Isabelle Gaboury, Ph.D. <sup>CQIII</sup>
- Janie Houle, Ph.D. <sup>CQII, CQIII</sup>
- Catherine Hudon, M.D., Ph.D. <sup>CQII, CQIII</sup>
- Jean-Frédéric Lévesque, M.D., Ph.D. <sup>CQII</sup>
- Martin Provencher, Ph.D. <sup>CQII, CQIII</sup>

## Courtière de connaissances:

- Hélène Brouillet, M.Ps. <sup>CQ, CQII, CQIII</sup>

## Agentes de recherche:

- Annie Benoît, M.Sc. <sup>CQII, CQIII</sup>
- Anne-Marie Cloutier, M.Sc. <sup>CQII, CQIII</sup>

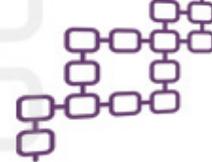


## Contact:

# RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Collins, K. A., Westra, H. A., Dozois, D. J. A., & Burns, D. D. (2004). Gaps in accessing treatment for anxiety and depression: Challenges for the delivery of care. *Clinical Psychology Review*, 24(5), 583-616.
- Fleury, M. J., Bamvita, J. M., Farand, L., Aubé, D., Fournier, L., & Lesage, A. (2012). GP group profiles and involvement in mental health care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18(2), 396-403. doi: 10.1111/j.1365-2753.2010.01597.x
- Fournier, L., Poirier, L. R., Aubé, D., Chartrand, É., Duhoux, A., Roberge, P., & et al. (2011). *Transformation de la première ligne en santé mentale au Québec : accompagnement et suivi*. Ottawa, Canada: Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Fournier, L., Roberge, P., & Brouillet, H. (2012). *Faire face à la dépression au Québec. Protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne*. Montréal : Centre de recherche du CHUM.
- Gask, L., Lester, H., Kendrick, T., & Peveler, R. (2009). *Primary Care Mental Health*. London, UK: The Royal College of Psychiatrists.
- Greenberg, P. E., Kessler, R. C., Birnbaum, H. G., Leong, S. A., Lowe, S. W., Berglund, P. A., & Corey-Lisle, P. K. (2003). The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000? *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(12), 1465-1475.
- Institut de la statistique du Québec (ISQ). (2010). Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : une synthèse pour soutenir l'action. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2). Québec: Gouvernement du Québec.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Monahan, P. O., & Lowe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine*, 146(5), 317-325.
- Leon, A. C., Portera, L., & Weissman, M. M. (1995). The social costs of anxiety disorders. *British Journal of Psychiatry (supplement)*, 27, 19-22.
- Lim, K., Jacobs, P., Ohinmaa, A., Schopflocher, D., & Dewa, C. S. (2008). A new population-based measure of the economic burden of mental illness in Canada. *Chronic diseases in Canada*, 28(3), 92-98.
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*, 370(9590), 851-858. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61415-9
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2011). Common mental health disorders. Identification and pathway to care. London, UK: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.

# RÉFÉRENCES



- Patten, S. B., Kennedy, S. H., Lam, R. W., O'Donovan, C., Filteau, M. J., Parikh, S. V., & Ravindran, A. V. (2009). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. I. Classification, burden and principles of management. *Journal of Affective Disorders, 117*, S5-S14.
- Patten, S. B., Wang, J. L., Williams, J. V., Currie, S., Beck, C. A., Maxwell, C. J., & El-Guebaly, N. (2006). Descriptive epidemiology of major depression in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry, 51*(2), 84-90.
- Rycroft-Malone, J., Kitson, A., Harvey, G., McCormack, B., Seers, K., Titchen, A., & Estabrooks, C. (2002). Ingredients for change: revisiting a conceptual framework. *Quality & Safety in Health Care, 11*(2), 174-180.
- Salois, R. (2012). Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2012. Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec. Québec: Commissaire à la santé et au bien-être.
- Scholten, W. D., Batelaan, N. M., van Balkom, A. J., Wjh Penninx, B., Smit, J. H., & van Oppen, P. (2013). Recurrence of anxiety disorders and its predictors. *Journal of Affective Disorders, 147*(1-3), 180-185. doi: 10.1016/j.jad.2012.10.031
- Somers, J. M., Goldner, E. M., Waraich, P., & Hsu, L. (2006). Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry, 51*(2), 100-113.
- Swinson, R. P. (2006). Clinical practice guidelines: Management of anxiety disorders. *Canadian Journal of Psychiatry, 51*(Suppl 2), 1-92.
- Tomlinson, M., Rudan, I., Saxena, S., Swartz, L., Tsai, A. C., & Patel, V. (2009). Setting priorities for global mental health research. *Bulletin of the World Health Organization, 87*(6), 438-446.
- Vasiliadis, H. M., Dionne, P. A., Preville, M., Gentil, L., Berbiche, D., & Latimer, E. (2013). The excess healthcare costs associated with depression and anxiety in elderly living in the community. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 21*, 536-548. doi: 10.1097/JGP.0b013e318248ae9e
- Wagner, E. H. (1998). Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice, 1*(1), 2-4.
- Wagner, E. H., Austin, B. T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., & Bonomi, A. (2001). Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Affairs, 20*(6), 64-78.
- World Health Organization. (2001). *The World Health Report 2001 - Mental Health : New Understanding, New Hope*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2008). The global burden of disease: 2004 update. *British Journal of Psychiatry, 194*, 11-18.





**tout  
un  
monde  
en  
action**

**Journées  
annuelles  
de  
santé  
mentale**