



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

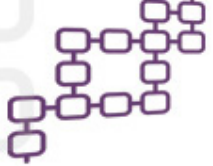
Université de Sherbrooke

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.

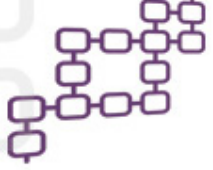
1. Pourquoi s'intéresser aux troubles anxieux et dépressifs en première ligne?

POURQUOI LES TROUBLES ANXIEUX ET DÉPRESSIFS?



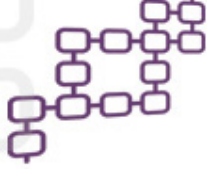
- Les troubles anxieux et dépressifs sont les troubles mentaux **les plus fréquents** dans la population générale et en première ligne;
- Conséquences graves pour les personnes qui en souffrent et leurs proches: **vie conjugale et familiale, situation financière, réalisation académique et professionnelle, 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^{ère} ligne constituent **l'élément clé** du dispositif de soins pour les personnes atteintes de troubles mentaux.
- La prestation des soins et services de 1^{ère} 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^{ère} 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^{ère} LIGNE POUR LES TROUBLES DÉPRESSIFS ET ANXIEUX

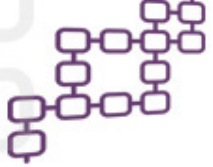


- Le projet Cible Qualité a été développé pour **soutenir l'implantation des pratiques basées sur les données probantes** en 1^{re} ligne.
- La recherche doit se concentrer sur le **processus complexe de mise en œuvre d'innovations** dans les soins et services de santé, et en assurer la pérennité.
- 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):

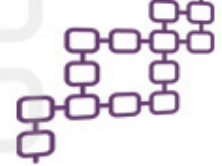


- Évaluation du degré de mise en œuvre du Plan d'action en santé mentale
- Constat : plusieurs défis liés à l'implantation des modèles organisationnels et des pratiques cliniques

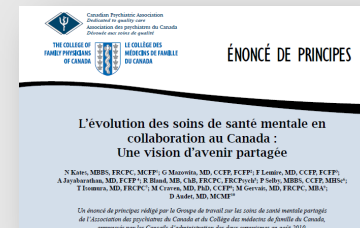
Objectif principal:

- 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**.

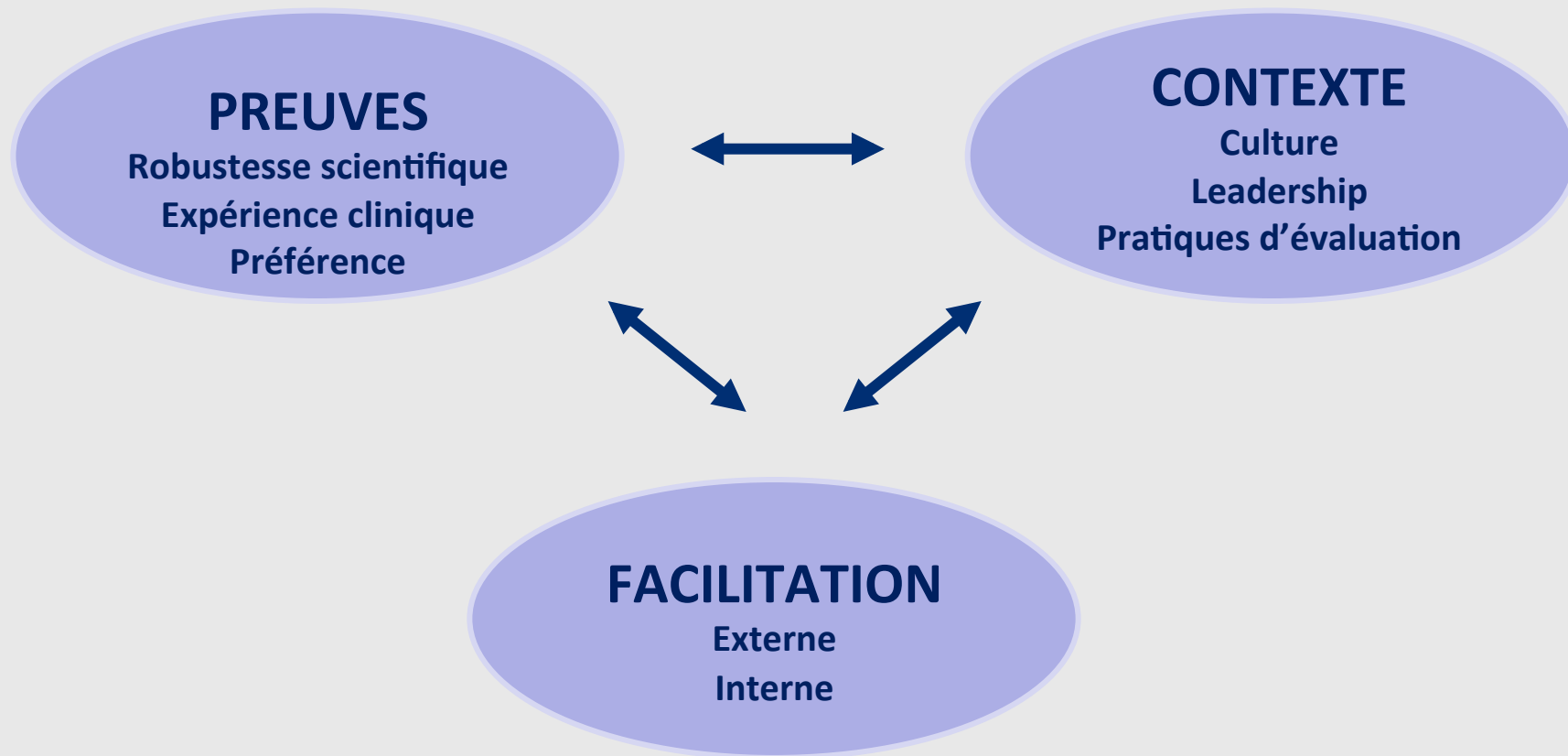
CIBLE QUALITÉ: UN CONTEXTE FAVORABLE



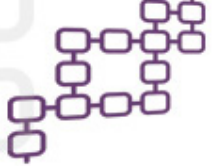
- Création des CSSS et des réseaux locaux de services;
- Développement des équipes de santé mentale des CSSS;
- Publication des *Orientations relatives à l'organisation des soins et des services offerts à la clientèle adulte par les équipes en santé mentale de première ligne en CSSS* et des *Guichets 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



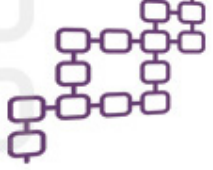
LA DÉMARCHE D'APPLICATION DES CONNAISSANCES

Démarche de courtage de connaissances

Programme de formation :
6 rencontres et soutien continu

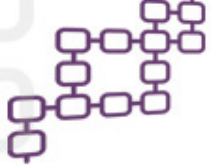
Stratégies organisationnelles et cliniques
choisies par chaque milieu et adaptées à leur
contexte local

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

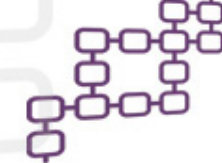
LES TROIS PHASES DE CIBLE QUALITÉ



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.

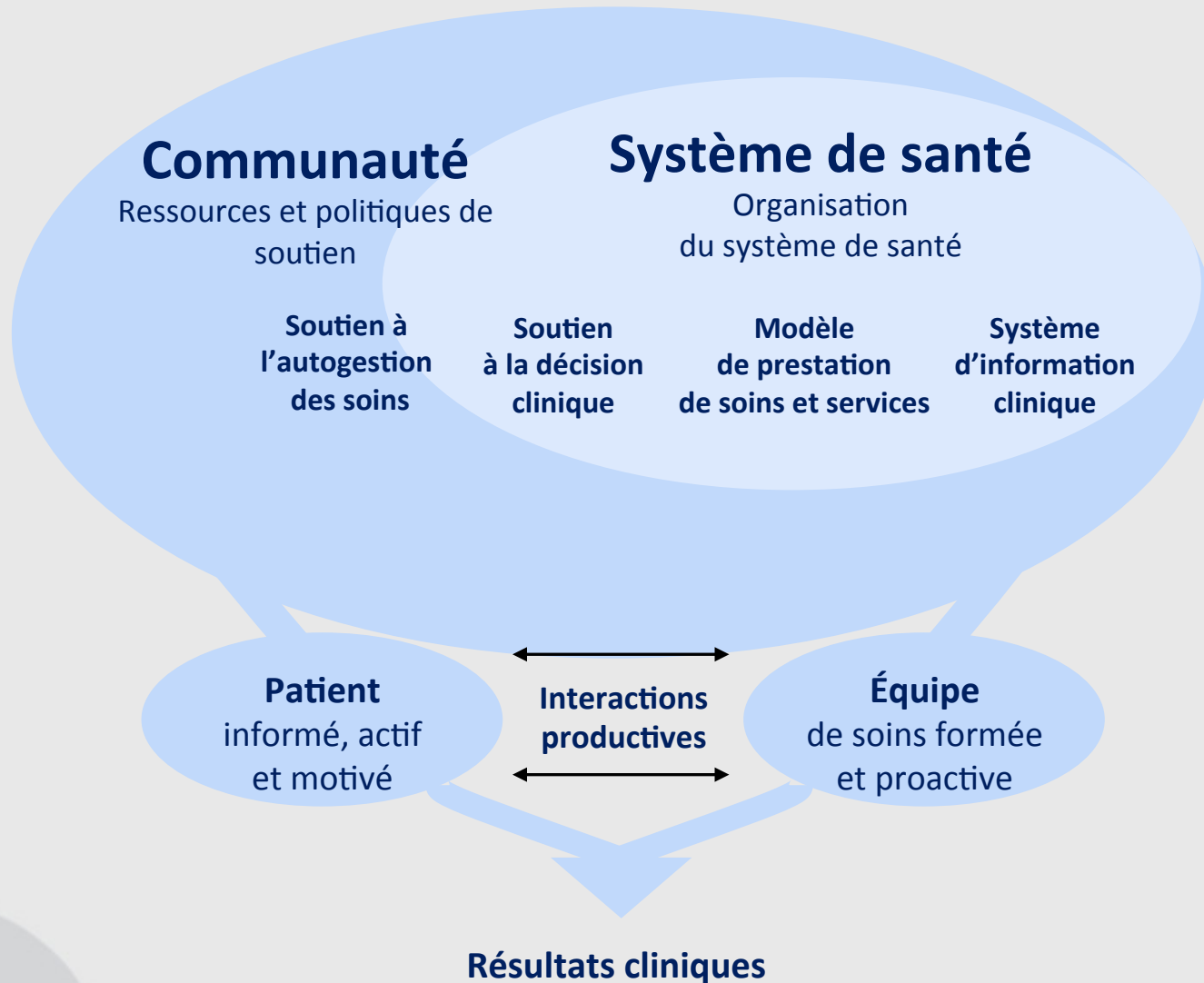
Efficacité

- 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 complexe²; 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.

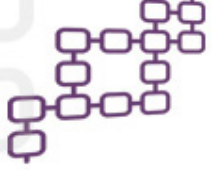
ÉTAPE 1 :

Toutes les présentations connues et soupçonnées de la dépression.

> [page 22](#)

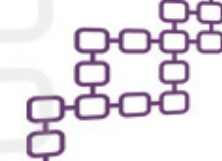
Évaluation, soutien, psychoéducation, surveillance active et aiguillage vers des évaluations et interventions plus poussées.

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^{ère}
ligne en santé
mentale et
équipes de 2^e
ligne en santé
mentale



Collaboration:
Équipes de 1^{ère}
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^{ère} ligne (décideurs, gestionnaires, cliniciens), tant dans les **équipes de santé mentale** que les **cliniques médicales** avec lesquelles elles collaborent.

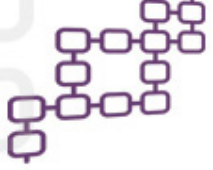
Pourquoi suivre ce programme ?

- Améliorer et consolider les services de 1^{ère} 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 :

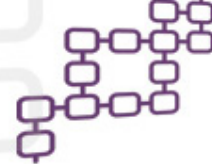
- des **données probantes** disponibles sur les pratiques cliniques et les stratégies organisationnelles;
- de l'apport des différents **groupes de travail** au cours des six années de CQI et CQII ;
- de l'**expertise d'acteurs de divers milieux** (clinique, recherche, gestion) qui ont contribué à bonifier 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

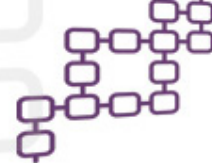
6

- La gestion des traitements pharmacologiques

7

- Les soins en collaboration

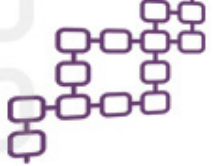
METTRE EN PLACE LA FACILITATION



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

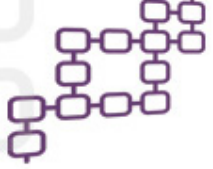
- Vision systémique de l'organisation et des équipes
- Favorise le développement continu des équipes
- Soutien à la planification des tâches et à la coordination

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



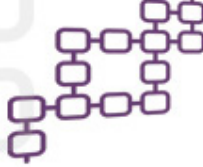
Un contexte favorable au changement:

- 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 links for 'Accueil', 'Portail Québec', and 'INSPQ'. Below this, a banner features the text 'CAMPUS VIRTUEL DE L'INSPQ' alongside images of people in a classroom and puzzle pieces. A secondary navigation bar includes links for '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 organized into several sections: 'NOTRE APPROCHE DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES', 'ACTIVITÉS DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES', 'RESSOURCES PÉDAGOGIQUES', 'OBJETS D'APPRENTISSAGE', 'OFFRE DE STAGES', and 'COLLABORATION INTERNATIONALE'. 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'. The footer contains the Québec logo, the text '© 2012 - 2013 Gouvernement du Québec', and links for 'Politique de confidentialité', 'Réalisation du site', 'Accessibilité', and 'Conditions d'utilisation'.

PARTENAIRES

Principaux partenaires financiers

- Institut de recherche en santé du Canada ^{CQ, CQII, CQIII}
- Fonds de recherche du Québec – Santé ^{CQ, CQII}
- Bell Canada ^{CQII}

Autres partenaires

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





Équipe de recherche:

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

Courtière de connaissances:

- Hélène Brouillet, M.Ps. ^{CQ, CQII, CQIII}

Agentes de recherche:

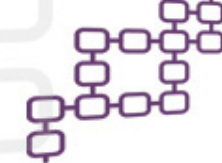
- Annie Benoît, M.Sc. ^{CQII, CQIII}
- Anne-Marie Cloutier, M.Sc. ^{CQII, CQIII}



Contact:

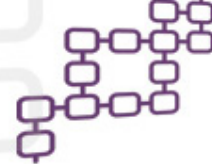
pasquale.roberge@usherbrooke.ca

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, 193*, 469-476.





**tout
un
monde
en
action**

**Journées
annuelles
de
santé
mentale**