

Le programme CQIII: Un programme d'application des connaissances pour soutenir l'amélioration de la qualité des soins et des services de 1^{ère} ligne en santé mentale

Pasquale Roberge, Ph.D.

Professeure adjointe,
Département de médecine de
famille et de médecine d'urgence,
Université de Sherbrooke

Chercheuse régulière,
Centre de recherche du centre
hospitalier de l'Université de
Sherbrooke

Louise Fournier, Ph.D.

Professeure titulaire,
Département de médecine
sociale et préventive
Université de Montréal

Chercheuse régulière,
Centre de recherche du
centre hospitalier de
l'Université de Montréal

Denis Chabot, M.A.

Agent de planification, de
programmation et de
recherche, Direction
programmes santé mentale et
dépendance, CISSS de Laval

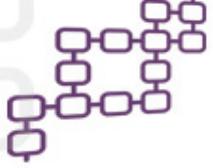
Hélène Brouillet, M.Ps.

Courtière de connaissances
Institut national de santé
publique du Québec.

Psychologue - Spécialiste en
activités cliniques, équipes de
santé mentale adulte et
psychosociale adulte,
CISSS de la Montérégie-Est



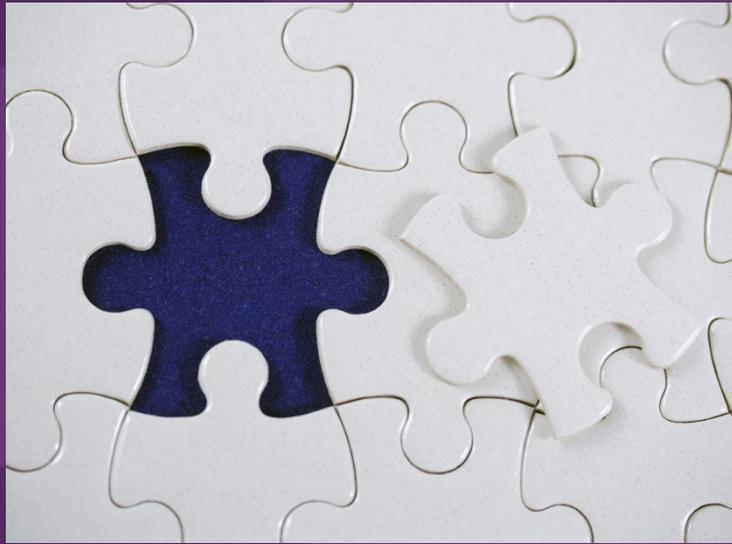
OBJECTIFS DE LA PRÉSENTATION



À la suite de ce webinaire, les participants pourront :

- Identifier les éléments clés leur permettant d'implanter des changements de pratique dans leur milieu pour les personnes présentant un trouble anxieux ou dépressif.
- Anticiper les facteurs contextuels qui pourraient influencer l'implantation de tels changements.
- S'inspirer de l'expérience d'un milieu ayant participé au projet Cible Qualité II pour amorcer une démarche d'amélioration de la qualité des soins et services.





LA PERTINENCE DU PROGRAMME CIBLE QUALITÉ



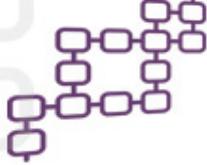
L'IMPORTANCE DE S'INTÉRESSER AUX TROUBLES MENTAUX COURANTS?



- Les troubles anxieux et dépressifs sont les troubles mentaux **les plus fréquents** dans la population générale et en première ligne¹⁻⁴.
- Détresse psychologique et conséquences graves pour les personnes qui en souffrent et leurs proches: **vie conjugale et familiale, situation financière, réalisation académique et professionnelle, engagement social**^{4,5}.
- Risque élevé de **concomitance** avec d'autres troubles mentaux et maladies chroniques, de **rechutes**, et évoluent fréquemment vers la **chronicité**^{3,5-7}.
- Risque de décès par suicide⁸⁻⁹ :
 - 10 fois plus élevé chez les personnes atteintes de troubles anxieux
 - jusqu'à 20 fois plus élevé chez les personnes dépressives
- **Moins d'une personne sur deux** accède à un traitement en adéquation avec les guides de pratique clinique¹⁰⁻¹³.



POURQUOI CIBLER LA PREMIÈRE LIGNE?



- **La majorité** 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 mentaux¹⁴.
- 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**¹⁵.

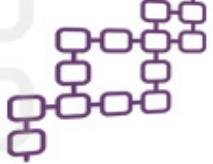




LE PROGRAMME D'APPLICATION DES CONNAISSANCES CIBLE QUALITÉ

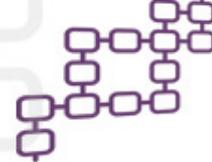


LE PROJET CIBLE QUALITÉ



- Soutenir l'amélioration des soins et services de première ligne en santé mentale pour les personnes souffrant de troubles dépressifs et anxieux **par le biais d'une approche d'application des connaissances.**
- Diffuser un programme d'application des connaissances, structuré par modules qui s'adresse aux principaux acteurs qui œuvrent dans les services de 1^{ère} ligne en santé mentale adulte.
- Soutenir une démarche qui allie les données probantes et les expériences prometteuses, le contexte des milieux qui s'inscrivent dans la démarche et l'expérience des participants.
 - Cible Qualité I – 2008 à 2010
 - Cible Qualité II – 2011 à 2015

AMÉLIORER LA QUALITÉ DES SOINS¹⁶



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.

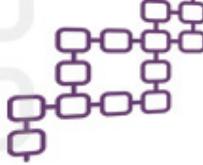
Accès

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

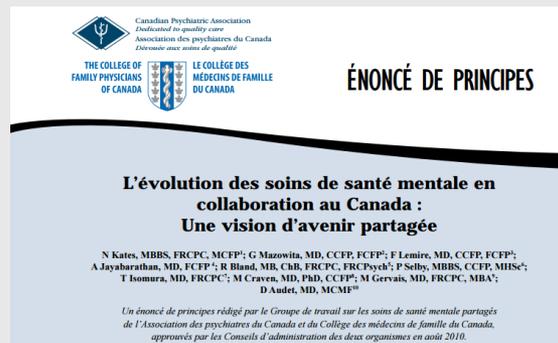
Équité

- Distribution équitable (horizontale et verticale) des ressources en fonction des besoins de la population.

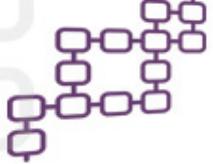
CONTEXTE: PRÉSENCE D'UN MOMENTUM



- Modification de l'organisation des services de santé mentale ;
- Publication du *Plan d'action en santé mentale: La force des liens* (MSSS, 2005) ;
- Culture de qualité au sein des pratiques organisationnelles ;
- 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* (MSSS, 2011) ;
- Création du rôle du Médecin spécialiste répondant ;
- Mise en place des Guichets d'accès en santé mentale ;
- Volonté de mettre en place des soins en collaboration.



LES TROIS PHASES DU PROJET CIBLE QUALITÉ



CQ II
Collaboration avec des cliniques médicales
(p.ex. GMF, clinique réseau)

Appropriation du programme d'application des connaissances

Cible Qualité I :
Nov 2008 – Mars 2009

Cible Qualité II :
Janv 2012 – Avril 2013

Élaboration d'un Plan d'action local

Cible Qualité I :
Janv – Juillet 2009

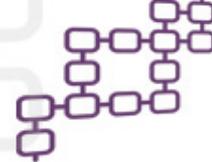
Cible Qualité II :
Janv 2013 – Avril 2013

Implantation

Cible Qualité I :
Avril 2009 – Mars 2010

Cible Qualité II :
Avril 2013 – Juin 2014

IMPLICATION D'UNE CLINIQUE MÉDICALE

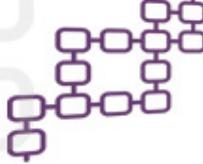


Pourquoi les médecins omnipraticiens?

- Professionnels les plus consultés par les personnes souffrant de troubles anxieux ou dépressifs ;
- Acteurs clés dans le réseau de santé ;
- Collaboration favorable à une offre de services diversifiée :
 - ✓ Autogestion des soins
 - ✓ Psychothérapie
 - ✓ Pharmacothérapie
- Constats de Cible Qualité I
 - ✓ Absence de médecins omnipraticiens dans les ESMA
 - ✓ Méconnaissance des services offerts en CSSS
 - ✓ Difficulté d'accès
 - ✓ Travail en silo



DÉMARCHE DES PROJETS CIBLE QUALITÉ I ET CIBLE QUALITÉ II

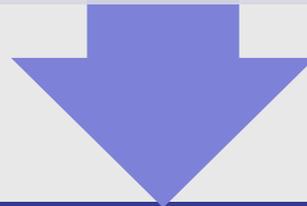


LES PARTICIPANTS

Regroupés en comités de travail locaux
Soutenus par un leadership organisationnel

10 Centres de santé et services sociaux

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



LA DÉMARCHE D'APPLICATION DES CONNAISSANCES

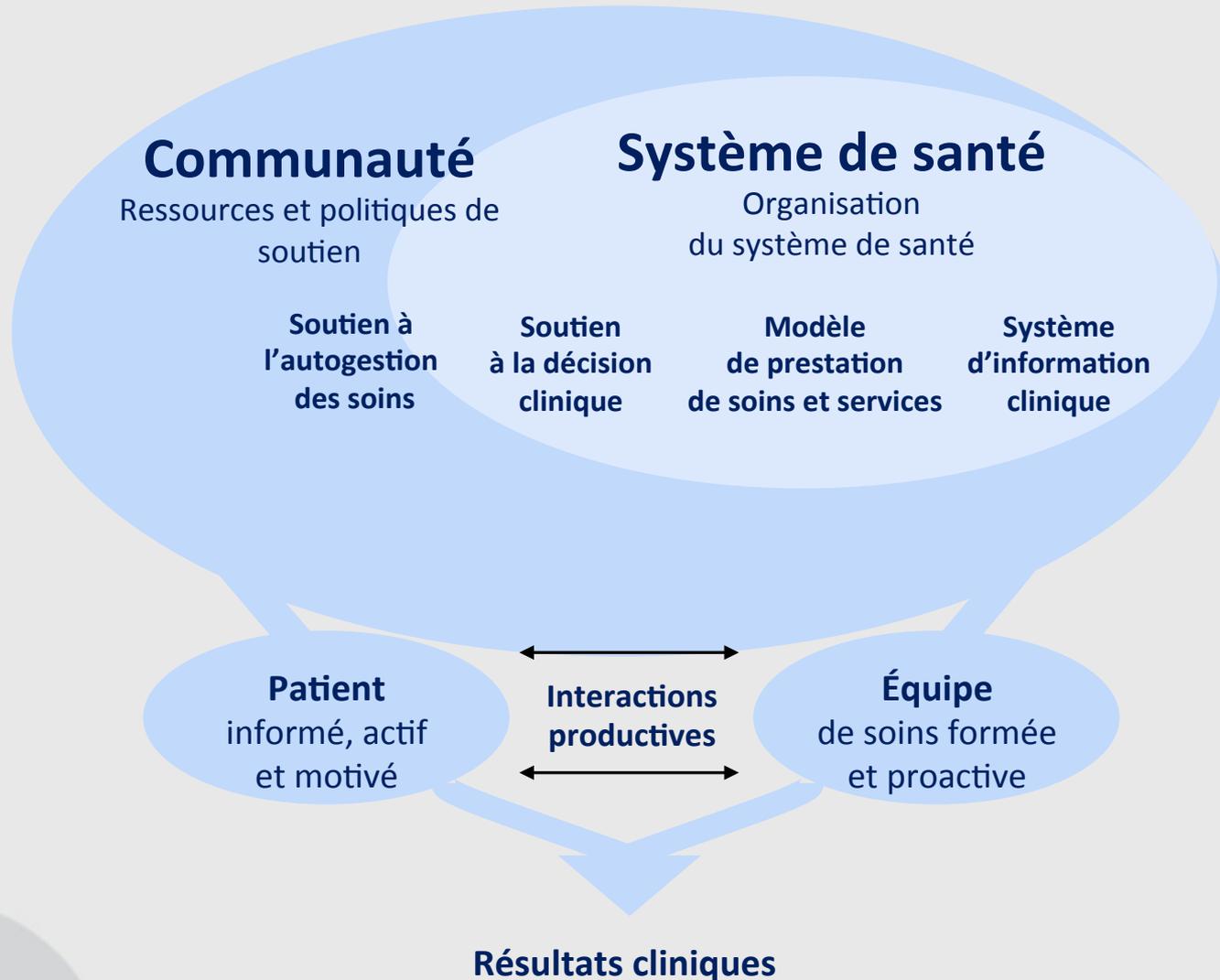
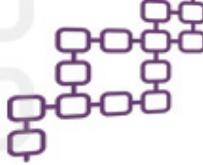
Démarche de courtage de connaissances

Programme de formation :
6-8 rencontres et soutien continu

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



LE MODÈLE DE GESTION DES MALADIES CHRONIQUES POUR SOUTENIR LE PROGRAMME D'APPLICATION DES CONNAISSANCES^{17,18}



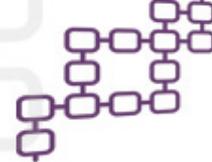
POURQUOI SE RÉFÉRER AU MODÈLE DE GESTION DES MALADIES CHRONIQUES ?



- L'amélioration de la qualité des soins et de l'état de santé des patients 1^{ère} ligne est réalisable par l'implantation de **stratégies d'interventions complexes** qui incluent des composantes à la fois organisationnelles et professionnelles.
- Ce modèle offre un **cadre structurant** qui regroupe six composantes essentielles et modifiables d'une prestation des soins de qualité^{17,18}.
- À partir d'une **approche populationnelle**, le modèle de soins chroniques vise une prestation des soins planifiée, proactive, centrée sur le patient et qui s'appuie sur des données probantes.

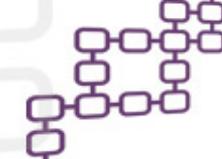


PROGRAMME D'APPLICATION DES CONNAISSANCES (PAC)

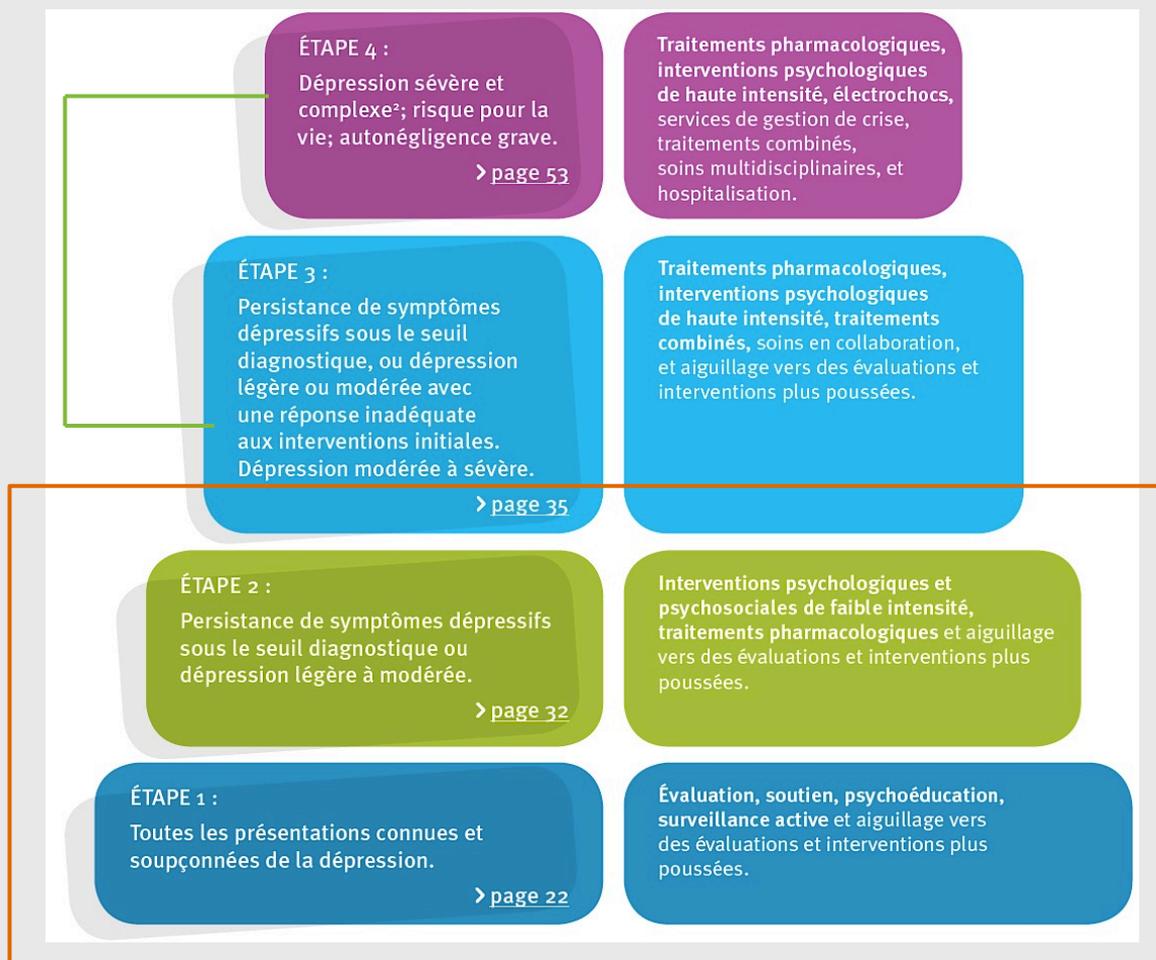


RENCONTRE	MODULES	COMPOSANTES
1	<ol style="list-style-type: none"> Mise en contexte Projet de recherche Implantation des changements 	Organisation système de santé
2	<ol style="list-style-type: none"> Soins par étapes Guides de pratique 	Modèles de prestation Soutien à la décision
3	<ol style="list-style-type: none"> Collaboration 	Modèles de prestation Soutien à la décision
4	<i>Rencontre de coaching avec le répondant</i>	
5	<ol style="list-style-type: none"> Interactions productives entre le patient et l'équipe de soins Soutien à l'autogestion Interventions de faible intensité et de groupe 	Soutien à l'autogestion Communauté
6	<i>Rencontre Bilan avec le comité local</i>	
7	<ol style="list-style-type: none"> Système d'information clinique Registre de patients 	Système d'information clinique

LE MODÈLE DE SOINS EN ÉTAPES ^{19,20}

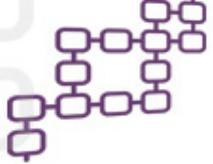


Collaboration :
Équipes de 1^{ère}
ligne en santé
mentale et
équipes de 2^e
ligne en santé
mentale

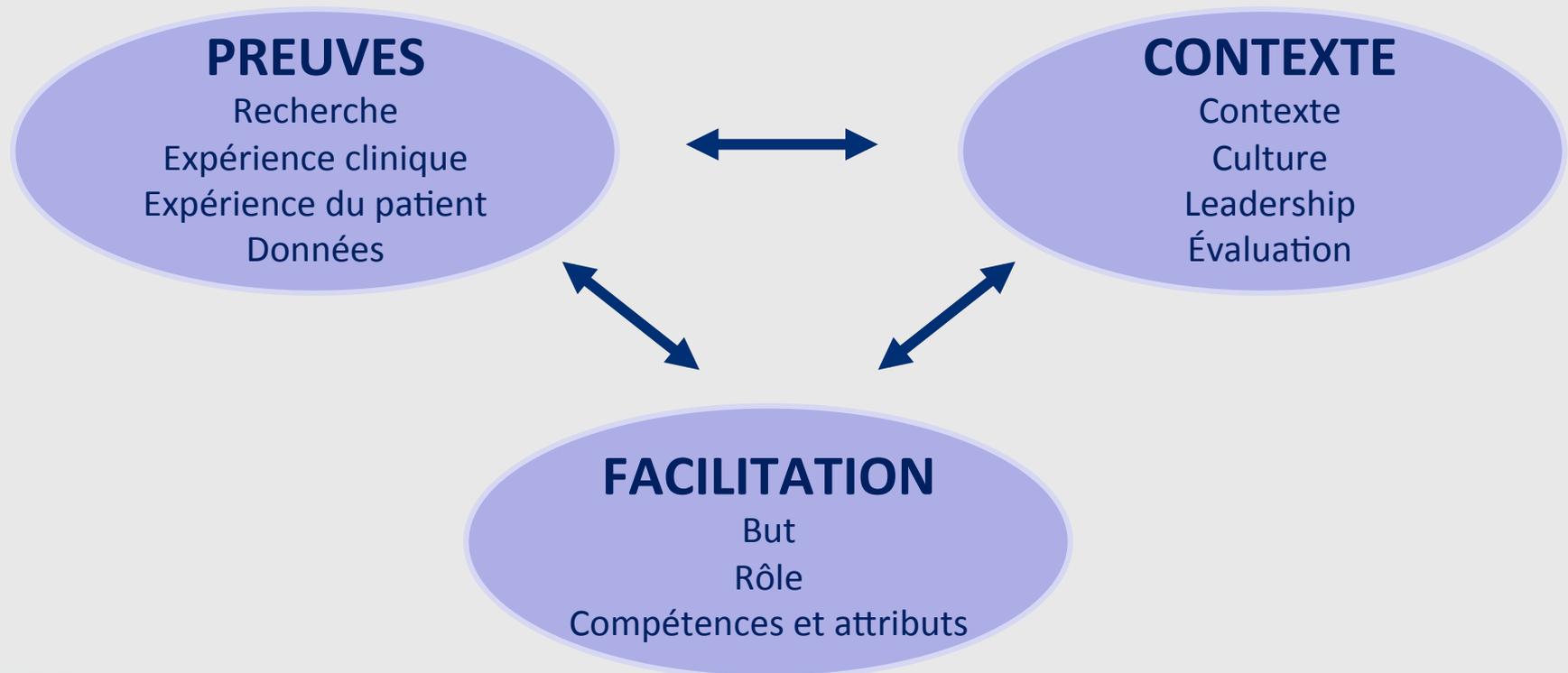


Collaboration:
Équipes de 1^{ère}
ligne en santé
mentale et les
omnipraticiens

CADRE CONCEPTUEL D'APPLICATION DES CONNAISSANCES: Promoting Action on Research Implementation in Health Services (PARIHS)²¹⁻²³



La mise en application des données probantes dans la pratique découle d'une **relation dynamique et simultanée** entre trois éléments :

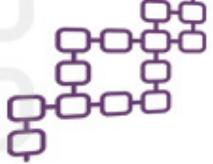




SOUTENIR L'IMPLANTATION DES CHANGEMENTS



CONTEXTE²²



Culture

- Valorisation des employés
- Valeurs et croyances de l'organisation bien définies et cohérentes
- Axée sur l'apprentissage
- Centrée sur le patient

Leadership

- Définition claire des rôles et des responsabilités
- Type de leadership en place
- Niveau d'implication des intervenants dans les décisions
- Travail d'équipe efficace

Pratiques d'évaluation

- Présence de sources d'informations et de méthodes variées
- Mécanismes de rétroaction
- Sur une base régulière

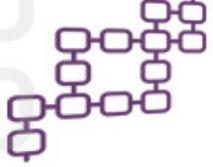


VOTRE CONTEXTE

Si vous souhaitez que votre démarche puisse avoir un impact dans votre milieu, vous devez prendre en compte certains éléments clés de votre contexte local :

- les politiques, les lois et les règlements qui régissent votre action ;
- votre réseau local de services ;
- vos services de 1^{ère} ligne ;
- vos équipes et vos partenaires ;
- votre population et vos utilisateurs de services.

METTRE EN PLACE LA FACILITATION

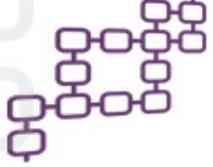


Identifier un leader local qui aura comme rôle de :

- Apporter le soutien nécessaire à l'amorce et à la tenue du projet et des changements que le programme de formation pourrait susciter.
- Travailler avec les intervenants et les équipes afin :
 - de comprendre les facteurs qui peuvent influencer l'utilisation des contenus ;
 - d'élaborer des stratégies et d'identifier des cibles d'amélioration des pratiques cliniques et organisationnelles ;
 - de guider la démarche en incitant à réfléchir de façon critique et en évaluant l'atteinte des buts ;
 - d'aider les intervenants et les équipes à analyser leurs façons actuelles de travailler et de collaborer à l'élaboration de nouvelles façons de faire en s'inspirant du programme de formation.



METTRE EN PLACE LA FACILITATION

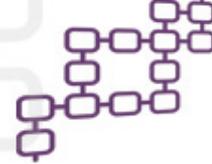


Afin de soutenir la démarche d'amélioration de la qualité des soins proposée par le projet Cible Qualité III, il est souhaitable que le chargé de projet / porteur de dossier puisse :

- être bien au fait des 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'inspirer de modèles d'application des connaissances ou d'amélioration de la qualité des soins pour soutenir la démarche dans son milieu.



BARRIÈRES ET FACILITANTS À L'IMPLANTATION²⁴



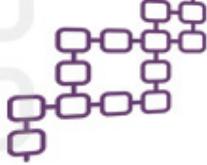
Liés aux caractéristiques individuelles

- Le temps, la motivation et la volonté de mettre les pratiques à jour.
- Le respect de l'autonomie professionnelle.
- La formation et les compétences nécessaires pour porter le projet.

Attitudes

- Le soutien de l'organisation et des autres acteurs concernés.
- Le temps et les outils nécessaires pour implanter le projet.
- Les ressources suffisantes pour implanter le projet.

PLANIFIER ET ORGANISER LE PROCESSUS DE CHANGEMENT²⁵



Les exigences minimales :

- équipe motivée possédant les compétences pertinentes ;
- un contexte ouvert au changement (peut ne pas être là au départ) ;
- engagement du groupe cible dans la planification ;
- engagement actif des dirigeants et des acteurs-clés ;
- planification et gestion de temps efficaces ;
- ressources et soutien adéquats.

Un processus de planification :

- évaluation des besoins, examen des interventions disponibles, priorisation, implantation, évaluation.





LES PRINCIPAUX RÉSULTATS DE CQI ET CQ II



PRINCIPALES RETOMBÉES ET OBSERVATIONS GÉNÉRALES



Le programme de Cible Qualité a permis de :

- Soutenir les différents milieux à atteindre les différentes cibles énoncées par le MSSS dans l'organisation de leurs soins et services ;
- Baliser l'offre de soins et services en tenant compte des éléments clés du modèle de soins par étapes: évaluation systématique, orientation vers les niveaux de soins requis, prise en compte de la sévérité des symptômes et des besoins ;
- Mettre en place de stratégies de collaboration entre les médecins omnipraticiens et les services de 1ère ligne en CSSS ;
- Bonifier le rôle du guichet d'accès : plus qu'un lieu de référence et d'évaluation ;
- Mettre en place la fonction de gestionnaire de cas ;
- Développer des interventions psychologiques et psychosociales de faible intensité et de soutien à l'autogestion des soins.

Le Modèle de gestion des maladies chroniques est bien perçu:

- Vision systémique de l'intervention
- Responsabilité partagée
- Reconnaissance de l'alliance thérapeutique



PRINCIPALES RETOMBÉES ET OBSERVATIONS GÉNÉRALES

Besoin de temps pour s'approprier les pratiques fondées sur les données probantes proposées.

Nécessite un **investissement soutenu des organisations**, tant au niveau administratif que clinique.

Vise des changements de pratique en lien avec le modèle proposé, changements jugés souhaitables par le milieu :

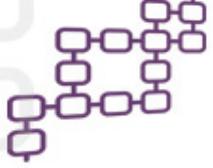
- pour rehausser les pratiques en cours à la lumière du modèle proposé et des données probantes ;
- pour enrichir l'offre de services.

À l'issue de la démarche, les participants aux projets CQI et CQII ont noté :

- un meilleur accès aux services ;
- de meilleures collaborations avec les différents partenaires ;
- une mise à jour des connaissances pour l'ensemble de l'équipe.



UNE SÉRIE DE WEBINAIRES



Cette série de webinaires a été développée en tenant compte :

- des données probantes et des expériences prometteuses disponibles sur les pratiques cliniques et les stratégies organisationnelles permettant de soutenir l'amélioration de soins pour les personnes souffrant de dépression et d'anxiété ;
- de l'apport des différents milieux rencontrés 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 .

UNE SÉRIE DE WEBINAIRES

Jeudi 18 février : Cible qualité : un programme d'application des connaissances pour soutenir l'amélioration de la qualité des soins et des services de première ligne en santé mentale.

Lundi 21 mars : Le soutien à la décision clinique pour améliorer les soins et services aux personnes souffrant de troubles dépressifs et anxieux.

Vendredi 15 avril : Le soutien à l'autogestion et les interventions de faible intensité pour les personnes souffrant de troubles dépressifs et anxieux.

Lundi 30 mai : Les interventions psychologiques de haute intensité pour les personnes souffrant de troubles dépressifs et anxieux.

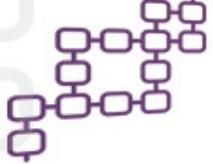




ÉQUIPE DE RECHERCHE ET PARTENAIRES



ÉQUIPE DE RECHERCHE



Chercheuses principales:

- Pasquale Roberge, Ph.D. ^{CQ, CQII, CQIII}
- Louise Fournier, Ph.D. ^{CQ, CQII, CQIII}

Co-chercheurs

- 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}



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}
- Comité d'experts Jalons ^{CQII}
- Revivre ^{CQII}

Organisations ayant participé aux projets CQI et CQII

- 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



L'EXPÉRIENCE AU CSSS DE LAVAL



DENIS CHABOT



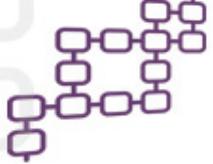
M.A. Aménagement du
Territoire Développement
Régional, M.A. Histoire

Agent de planification, de
programmation et de
recherche ; chargé de projet
pour la Direction programmes
santé mentale et
dépendance, CISSS de Laval

STRATÉGIE DE FACILITATION

- Débuté avec un projet pilote, une nouvelle équipe pour un secteur non couvert le secteur nord-ouest de Laval (CISPLOI) et le guichet d'accès en santé mentale adulte est associé à cette équipe, à Laval il cible d'abord la réponse aux médecins.
- Obtenu le soutien de la directrice médicale de la Direction santé mentale adulte.
- Impliquer des médecins de la communauté (2 médecins de GMF du secteur).
- Mise en place un comité d'amélioration des pratiques et de la qualité des soins.
- Assurer un soutien continu de la gestion.

PRINCIPAUX CHANGEMENTS



Définition de l'offre de services de 1^{ère} ligne en s'appuyant sur deux principaux modèles enseignés à travers la démarche de Cible Qualité :

- Le modèle de gestion des maladies chroniques
- Le modèle de soins par étapes
- Au-delà des troubles anxieux et dépressifs

Modification de la structure du Guichet d'accès :

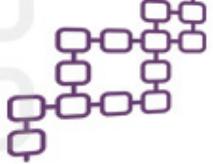
- D'une réponse téléphonique par des infirmières, on est passé à une équipe élargie qui inclut aussi des travailleurs sociaux.
- L'équipe élargie permet aussi de réaliser des évaluations face à face.
- Identification de l'intervenant désigné.

Développement d'une offre de services de groupe :

- Trait d'union ; S'active ; Programme retour au travail ; Hygiène du sommeil ; TDAH (adulte) ; Couleur des émotions (gestions des émotions 4 ateliers en groupe) ; Programme troubles de personnalité.

Adoption d'une culture d'amélioration de la qualité.

PRINCIPAUX DÉFIS RENCONTRÉS



Pour maintenir la motivation et l'intérêt des participants :

- Rencontres de l'équipe projet afin d'en suivre le déroulement et ajuster les processus.
- Rencontre clinique de discussion de cas hebdomadaire un psychiatre répondant participe aux rencontres aux deux semaines.

Pour assurer le transfert vers les autres équipes :

- Formation
- Comité d'amélioration des pratiques
- Travailler ensemble sur l'offre de groupe

Pour assurer la pérennité des changements :

- Réussir à influencer la deuxième ligne afin de maximiser la complémentarité des rôles et l'accessibilité rapide de l'expertise psychiatrique.
- Un colloque annuel auprès des médecins de Laval a aussi été mis en place. Le premier portait sur le traitement de la dépression et des troubles anxieux.

MESSAGES CLÉS À TRANSMETTRE

Si un milieu souhaite amorcer une démarche d'amélioration de la qualité des soins, quels sont les principaux conseils que vous souhaitez transmettre suite à votre expérience avec le projet Cible Qualité?

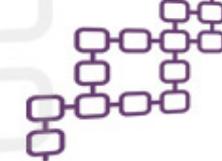
- Formation sur le modèle de soins et services proposé.
- Des outils et des orientations qui supportent le changement :
 - CADRE DE RÉFÉRENCE Santé mentale adulte 1ère ligne
 - CADRE DE RÉFÉRENCE Service « Intervenant désigné »
 - Outil de soutien à l'autogestion
- Implication des médecins dans la démarche.
- Un processus d'amélioration continue qui implique les intervenants des équipes.



ÉCHANGES ET DISCUSSION



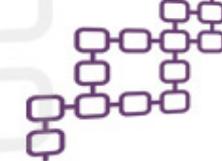
RÉFÉRENCES



1. Craven MA, Bland R. Depression in primary care: current and future challenges. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2013 58(8): 442-448.
2. Katzman MA, Bleau P, Blier P, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*. 2014;14(Suppl 1):S1-S83.
3. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*. 2007;370(9590):851-858.
4. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Monahan PO, Löwe B. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine*. 2007;146(5):317.
5. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, et al. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiologia e psichiatria sociale*. 2009;18(1):23-33.
6. Tomlinson M, Rudan I, Saxena S, Swartz L, Tsai AC, Patel V. Setting priorities for global mental health research. *Bulletin of the World Health Organization*. 2009;87(6):438-446.
7. Patten SB, Kennedy SH, Lam RW, et al. 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*. 2009;117 Suppl 1:S5-14.
8. Baldessarini RJ. Treatment and suicide risks in affective disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2003;64(9):1125-1129.
9. Khan A, Leventhal RM, Khan S, Brown WA. Suicide risk in patients with anxiety disorders: a meta-analysis of the FDA database. *Journal of Affective Disorders*. 2002;68(2-3):183-190.
10. Roberge P, Fournier L, Duhoux A, Nguyen CT, Smolders M. Mental health service use and treatment adequacy for anxiety disorders in Canada. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2011;46(4):321-330.
11. Duhoux A, Fournier L, Nguyen CT, Roberge P, Beveridge R. Guideline concordance of treatment for depressive disorders in Canada. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2009;44(5):385-392.
12. Stein MB, Roy-Byrne P, Craske MG, et al. Quality of and patient satisfaction with primary health care for anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2011;72(7):970-976..



RÉFÉRENCES



13. Prins MA, Verhaak PF, Smolders M, et al. Patient factors associated with guideline-concordant treatment of anxiety and depression in primary care. *Journal of General Internal Medicine*. 2010;25(7):648-655
14. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens*. Québec: Gouvernement du Québec; 2005.
15. World Health Organization & World Organization of Family Doctors (WONCA). *Integrating mental health into primary care : a global perspective*. Geneva: World Health Organization and World Organization of Family Doctors; 2008.
16. Gask L, Lester H, Kendrick T, Peveler R. *Primary Care Mental Health*. London, UK: The Royal College of Psychiatrists; 2009.
17. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *The Milbank Quarterly*. 1996;74(4):511-544.
18. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*. 1998;1(1):2-4.
19. Fournier L, Roberge P, Brouillet H. *Faire face à la dépression au Québec. Protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne*. Montréal : Centre de recherche du CHUM; 2012.
20. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Common mental health disorders. Identification and pathway to care*. London, UK: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists; 2011.
21. Kitson A, Harvey G, McCormack B. Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework. *Quality in Health Care*. 1998;7(3):149-158.
22. Rycroft-Malone J, Kitson A, Harvey G, et al. Ingredients for change: revisiting a conceptual framework. *Quality & Safety in Health Care*. 2002;11(2):174-180.
23. Kitson AL, Rycroft-Malone J, Harvey G, McCormack B, Seers K, Titchen A. Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARIHS framework: theoretical and practical challenges. *Implementation Science*. 2008;3:1.
24. Contenu adapté de: Légaré F. *Assessing barriers and facilitators to knowledge use*. In: Straus SE, Tetroe J, Graham IA, eds. *Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice*. West Sussex, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2009:83-93.
25. Grol R, Wensing M, Eccles M, Davis D (eds). *Improving Patient Care: The Implementation of Change in Health Care*. 2nd ed. Oxford, UK: Wiley-Blackwell; 2013.