



Le soutien à la décision clinique pour améliorer les soins et services aux personnes souffrant de troubles dépressifs et anxieux

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

Hélène Brouillet, M.Ps.

Courtière de connaissances
Institut national de santé
publique du Québec

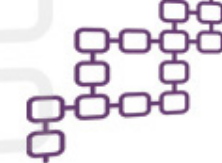
Psychologue - Spécialiste en
activités cliniques, équipes de
santé mentale adulte et
psychosociale adulte,
CISSS de la Montérégie-Est

Invités :

- **Michel Gilbert**, B.Éd., Coordonnateur, Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM)
- **Lise Renaud-Gagnon**, B.Sc., Conseillère aux établissements, volet 1^{re} ligne, CNESM
- **Pierre Demers**, B.Sc., Conseiller aux établissements, volet 1^{re} ligne, CNESM



OBJECTIFS DE LA PRÉSENTATION



À la suite de ce webinaire, les participants pourront :

- Connaître les éléments clés permettant de se référer de manière efficace aux principaux guides de pratique clinique pour les troubles dépressifs et anxieux.
- Utiliser un exemple d'un protocole de soins pour le traitement de la dépression au Québec.
- Connaître les éléments clés des modèles de soins par étapes afin de les appliquer dans la définition de leur offre de soins et services.



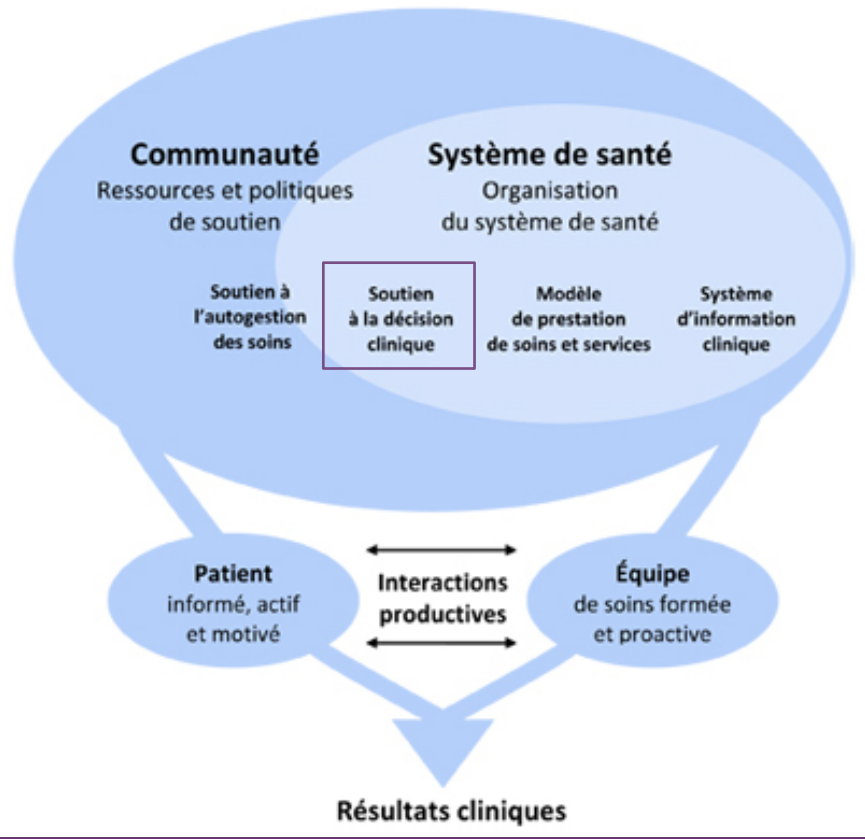


1

Première partie

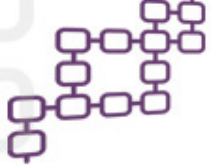
LES GUIDES DE PRATIQUE CLINIQUE

MODÈLE DE GESTION DES MALADIES CHRONIQUES
CHRONIC CARE MODEL, WAGNER 1998



LE SOUTIEN À LA DÉCISION CLINIQUE : LES GUIDES DE PRATIQUE CLINIQUE

LE SOUTIEN À LA DÉCISION CLINIQUE



Promouvoir des soins cliniques qui sont compatibles avec les données probantes et les préférences des patients.

- Intégrer des guides de pratique fondés sur des données probantes dans la pratique clinique quotidienne.
- Partager l'information des guides de pratique avec les patients.
- Utiliser des stratégies de formation éprouvées.
- Intégrer l'expertise des spécialistes de la santé mentale en première ligne.

www.improvingchroniccare.org





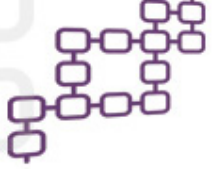
DÉFINITIONS



GUIDES DE PRATIQUE CLINIQUE

«Les guides de pratique clinique (GPC) sont des énoncés développés systématiquement dans le but d'aider les cliniciens et les patients à prendre des décisions concernant des soins de santé appropriés pour des circonstances cliniques spécifiques.»¹

EFFICACITÉ DES GUIDES



Recevoir un traitement minimalement concordant avec les recommandations des guides de pratique est associé à:

- une diminution des symptômes²⁻⁵
- une amélioration de la qualité de vie^{4,5}
- une plus faible probabilité de rechute ou de récurrence^{6,7}
- une amélioration du rapport coût-efficacité du traitement⁸

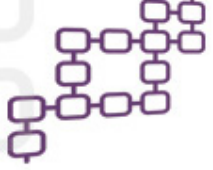
Les stratégies de dissémination passives ont un impact tout de même modeste (10 %).⁹



AVANTAGES ET LIMITES



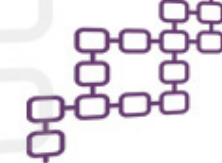
LES AVANTAGES LIÉS AUX GPC



L'utilisation des GPC permet d'améliorer la qualité des soins de différentes manières. Les GPC permettent notamment :

- de **soutenir la prise de décision** des cliniciens et des patients quant aux soins optimaux ;
- d'offrir un **résumé à jour des résultats** de recherche ;
- de présenter des recommandations cliniques éprouvées pour la **formation continue et l'enseignement** ;
- de faciliter la **collaboration interdisciplinaire** (lorsqu'ils intègrent des champs d'expertises multiples pour un même problème de santé) ;
- de rendre plus efficiente la **prestation de soins**.¹⁰

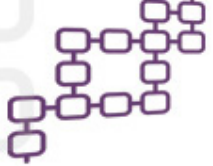
LES LIMITES LIÉES AUX GPC



Il existe également des limites inhérentes à l'utilisation des GPC, notamment :

- ils ne sont **pas des « livres de recettes »**, on doit considérer le profil clinique particulier et les préférences des patients dans la prise de décision ;
- ils peuvent **façonner des attentes irréalistes** tant chez les cliniciens que chez les patients ;
- ils suscitent parfois de la **résistance** de la part des professionnels (p. ex. menace à l'autonomie professionnelle) ;
- ils peuvent parfois être utilisés à des **fins de contrôle** par les autorités gouvernementales ou à des fins politiques par des associations professionnelles.¹⁰

GUIDES, PROTOCOLES ET PRODUITS DÉRIVÉS



Guides de pratique

Comités d'experts

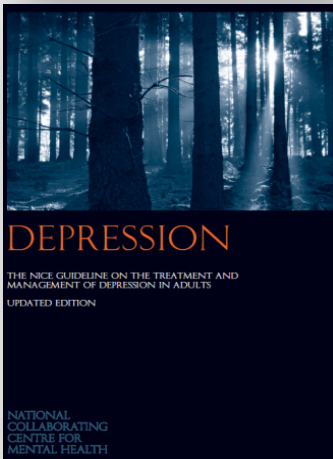
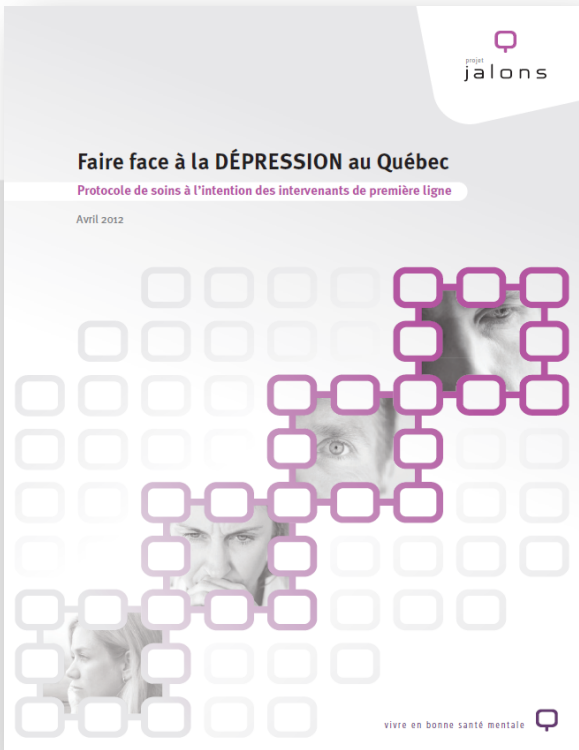
Données scientifiques



Protocoles de soins et services (local)

« Modèle de bonne pratique »

Adaptation - Contexte - Utilisateur



Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders

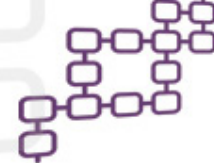
Martin A Katzman^{1*}, Pierre Bleau², Pierre Blier³, Pratap Chokka⁴, Kevin Kjernisted⁵, Michael Van Ameringen⁶, the Canadian Anxiety Guidelines Initiative Group on behalf of the Anxiety Disorders Association of Canada/ Association Canadienne des troubles anxieux and McGill University



OÙ TROUVER LES GUIDES



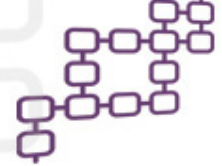
RESSOURCES



EXEMPLES DE GROUPES QUI PRODUISENT DES GUIDES	ADRESSE URL
Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)	www.icsi.org
National Institute for Clinical Evidence (NICE)	www.nice.org.uk
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	www.sign.ac.uk
American Psychiatric Association (APA)	www.psychiatryonline.org

LIBRAIRIES	ADRESSE URL
Canadian Medical Association - INFOBASE	www.cma.ca
Guideline International Network (G-I-N)	www.g-i-n.net
National Health and Medical Research Council (NHMRC)	www.nhmrc.gov.au
NHS Evidence in Health and Social Care	www.evidence.nhs.uk
TRIP Database	www.tripdatabase.com



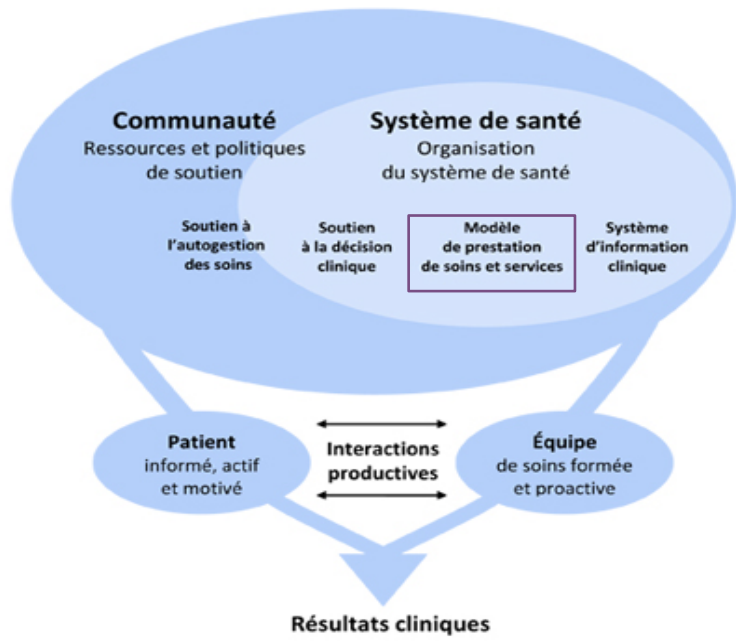


2

Deuxième partie

LES SOINS PAR ÉTAPES

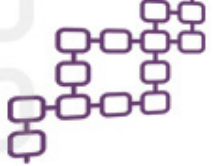
MODÈLE DE GESTION DES MALADIES CHRONIQUES
CHRONIC CARE MODEL, WAGNER 1998



RETOUR RAPIDE SUR LE MODÈLE DE GESTION DES MALADIES CHRONIQUES



MODÈLE DE PRESTATION DE SOINS ET SERVICES



Cette composante vise à assurer la prestation de soins cliniques efficaces et efficaces et soutenir l'autogestion des soins. Sur la base des données probantes, certains éléments devraient se retrouver dans les modèles de prestation de soins et de services :

- définir les rôles et répartir les tâches entre les membres de l'équipe ;
- organiser des rencontres pour soutenir les soins fondés sur des données probantes ;
- mettre en place un système de gestion des soins/gestion de cas pour les usagers présentant des besoins de soins complexes ;
- assurer un suivi régulier ;
- offrir des soins adaptés aux besoins des patients.¹¹⁻¹³



LES SOINS PAR ÉTAPES

LES SOINS PAR ÉTAPES

- Modèle de prestation de soins où les interventions sont **hiérarchisées** en fonction **des besoins du patient**.
- Le choix du traitement doit tenir compte de **la sévérité des symptômes**, des **caractéristiques personnelles et sociales** de la personne et de **ses préférences** lors du choix du traitement.
- La progression vers des degrés de soins plus complexes est envisagée lorsque **l'état de santé du patient ne s'améliore pas** à la suite des interventions offertes.
- L'identification du degré de soins adéquat nécessite une **évaluation continue et systématique** de la réponse au traitement.

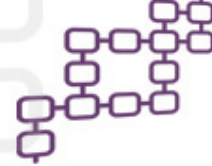
PROTOCOLE DE SOINS – *Faire face à la dépression au Québec*



Fournier, L., Roberge, P., Brouillet, H. (2012)¹⁴

Le protocole de soins a été élaboré sous la forme du modèle de soins par étapes.

Protocole disponible gratuitement :
www.qualaxia.org/sante-mentale-information/production/protocole-depression.php



Profil clinique

Interventions cliniques

Sévérité - Complexité

Expertise – Soins spécialisés

ÉTAPE 4 :

Dépression sévère et complexe²; risque pour la vie; autonégligence 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 :

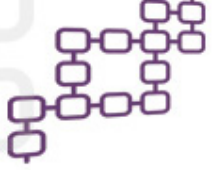
Toutes les présentations connues et soupçonnées de la dépression.

> [page 22](#)

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



ÉTAPE 1

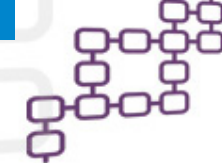


Étape 1 :

Toutes les présentations connues et soupçonnées de la dépression.

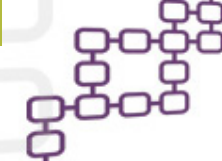
- Évaluation
- Soutien
- Psychoéducation
- Surveillance active
- Aiguillage vers des évaluations et des interventions plus poussées.

POINTS À CONSIDÉRER



Évaluation	<ul style="list-style-type: none">• Possibilité d'offrir une évaluation clinique complète (diagnostic, sévérité, facteurs psychosociaux, comorbidités, etc).• Accès au psychiatre répondant pour une évaluation plus poussée.• Utilisation et partage d'outils d'évaluation validée.• Évaluation du risque et de la dangerosité suicidaire.
Soutien et psychoéducation	<ul style="list-style-type: none">• Disponibilité d'outils d'information et d'éducation.• Séances psycho-éducatives (groupe/individuel).
Surveillance active	<p>Suivi actif de la clientèle qui :</p> <ul style="list-style-type: none">• pourrait se rétablir sans traitement pharmacologique ou psychologique ;• présente une dépression légère et ne veut pas amorcer un traitement ;• présente des symptômes dépressifs sous le seuil clinique et souhaite une intervention.

ÉTAPE 2



Étape 2 :

- Persistance de symptômes dépressifs sous le seuil diagnostique
- Dépression légère à modérée

- Interventions psychologiques et psychosociales de faible intensité
- Traitements pharmacologiques
- Aiguillage vers des évaluations et interventions plus poussées.

Webinaire n° 3 : vendredi 15 avril, de 12 h à 13 h

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

- Conférencière : Janie Houle, UQÀM

- Invité : Bruno Collard, Revivre

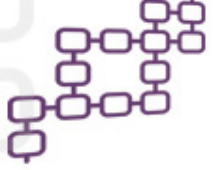
POINTS À CONSIDÉRER



Références et bibliothérapie	<ul style="list-style-type: none">• Les intervenants ont accès à une liste de référence• Des livres sont disponibles
Guide d'autosoins	<ul style="list-style-type: none">• Les intervenants connaissent le guide d'autosoins• Le guide est utilisé en entrevue• Le guide est distribué aux patients• Le guide est connu des omnipraticiens
Autres interventions	<ul style="list-style-type: none">• Résolution de problème• Programme structuré d'activités physiques• Entretien motivationnel• Soutien autogestion des soins

*Il n'est pas recommandé de recourir systématiquement à l'utilisation d'un antidépresseur à cette étape, **sauf si** l'intervention psychologique de faible intensité n'a pas été **bénéfique ou si** la personne souhaite avoir recours à un tel médicament.*

ÉTAPE 3



Étape 3 :

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

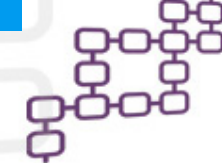
- Traitements pharmacologiques
- Interventions psychologiques de haute intensité
- Traitements combinés
- Soins en collaboration
- Aiguillage vers des évaluations et interventions plus poussées

Webinaire n° 4 : lundi 30 mai de 12h00 à 13h00

Les interventions psychologiques de haute intensité pour les personnes souffrant de troubles dépressifs et anxieux

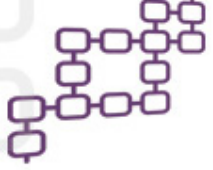
- Conférencier : Martin D. Provencher, Université Laval
- Invité : Rodrigue Côté, CIUSSS de la Capitale-Nationale

POINTS À CONSIDÉRER



Traitements pharmacologiques	<ul style="list-style-type: none">• Prescription d'un traitement pharmacologique par un médecin.• Suivi de la réponse ou des effets indésirables.• Précision ou ajustement de la médication de la part du psychiatre répondant.
Interventions psychologiques de haute intensité	<ul style="list-style-type: none">• Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)• Psychothérapie interpersonnelle (PTI)• Autres types de thérapie
Traitements combinés	<ul style="list-style-type: none">• Traitement pharmacologique combiné à une intervention psychologique .

ÉTAPE 4



Étape 4 :

Dépression sévère et complexe ,
risque pour la vie ; autonégligence
grave.

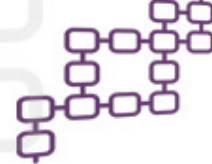
- Traitements pharmacologiques
- Interventions psychologiques de haute intensité
- Electroconvulsivothérapie
- Services de gestion de crise
- Traitements combinés
- Soins multidisciplinaires
- Hospitalisation



EN RÉSUMÉ...

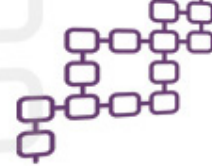


IMPORTANCE D'ÉVALUER LA RÉPONSE AU TRAITEMENT



- L'évaluation continue et systématique de la réponse au traitement, un élément central du modèle de soins en étapes, permet d'ajuster rapidement le plan de soins du patient.
- Les guides de pratique clinique recommandent de se doter d'outils pour effectuer un suivi adéquat de l'évolution clinique des patients.
- Les plans d'intervention devraient inclure des objectifs précis (indicateurs) afin d'être en mesure d'en évaluer l'atteinte.

DES OUTILS D'ÉVALUATION quelques exemples....



DÉPRESSION	TROUBLES ANXIEUX
Beck Depression Inventory- Second Edition (BDI-II)	Anxiety Sensitivity Index (ASI)
Center for Epidemiologic Studies Depression Rating Scale (CES-D)	Beck Anxiety Inventory (BAI)
Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9)	Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS ou HAM-A)
	Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7)



Une liste d'outils d'évaluation et certains outils sont disponibles en annexe dans 'Faire face à la dépression au Québec. Protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne'.¹⁴

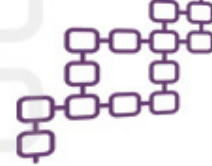
Katzman et al. *BMC Psychiatry* 2014, **14**(Suppl 1):S1
<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/S1>

BMC Psychiatry

REVIEW **Open Access**

Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders

Martin A Katzman^{1*}, Pierre Bleau², Pierre Blier³, Pratap Chokka⁴, Kevin Kjernisted⁵, Michael Van Ameringen⁶, the Canadian Anxiety Guidelines Initiative Group on behalf of the Anxiety Disorders Association of Canada/ Association Canadienne des troubles anxieux and McGill University



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

**Rôle clé
du guichet
d'accès en
santé
mentale**

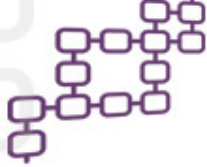


**Collaboration :
Équipes de 1^{ère}
ligne en santé
mentale et les
omnipraticiens**

ON PASSE À
L'ACTION



ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION...



- Est-ce que dans vos milieux des Guides de pratique clinique sont mis à la disposition des intervenants ?
- Votre offre de services pour les personnes souffrant de troubles mentaux courants est-elle basée sur les principes d'un modèle de soins par étapes ?
- Le choix du traitement et du service se fait-il en fonction du profil clinique et du niveau de fonctionnement de la personne ?
- La réponse au traitement est-elle évaluée de manière systématique et continue ?
- Des mécanismes sont-ils en place afin d'adapter le niveau de soin en fonction de la réponse au traitement ? De quelle manière ?
- Procédez-vous par « épisodes de soins » ?
- Est-ce que vos partenaires sont intégrés dans votre offre de soins et services ?

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}

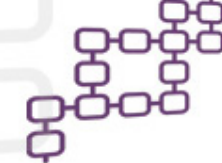
Courtière de connaissances:

- 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

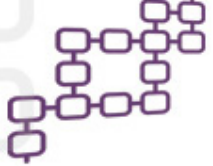
- Institut de recherche en santé du Canada ^{CQ, CQII, CQIII}
- Fonds de recherche du Québec – Santé ^{CQ, CQII}
- Bell Canada ^{CQII}

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



3

Troisième partie

LE CENTRE NATIONAL

D'EXCELLENCE EN SANTÉ MENTALE

LE CENTRE NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ MENTALE (CNESM)



Michel Gilbert,
coordonnateur

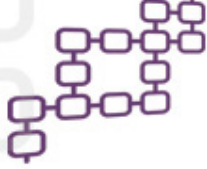


Pierre Demers,
conseiller volet 1^{re} ligne



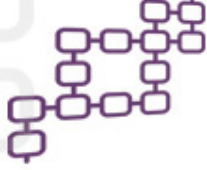
Lise Renaud-Gagnon,
conseillère volet 1^{re} ligne

MESSAGES À RETENIR : LES SOINS EN ÉTAPES



- Degré de soins varie d'un individu à l'autre.
- Après l'évaluation, l'offre de services est modelée non pas en fonction du diagnostic, mais en fonction de la symptomatologie, des besoins cliniques et du continuum de services.
- Planifier l'épisode de soins avec plan d'intervention.
 - Vérifier les attentes de la personne.
 - Identifier les indicateurs pour la personne que son état s'améliore.
- Évaluation continue et systématique de la réponse au traitement à l'aide d'outils cliniques standardisés.

MESSAGES À RETENIR : LES SOINS EN ÉTAPES



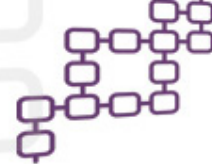
Avoir recours aux services spécialisés seulement, lorsque nécessaires.

- Les interventions de haute intensité sont utilisées seulement lorsque requises.
- Les interventions de faible intensité n'égalent pas des interventions de faibles impacts.

Revenir le plus tôt possible vers les services de 1^{re} ligne ou les services généraux et de la communauté.

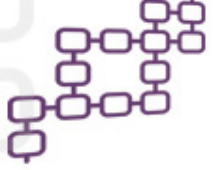
Est-ce que le soin offert améliore l'état de la personne?

MESSAGES À RETENIR : LES SOINS EN ÉTAPES



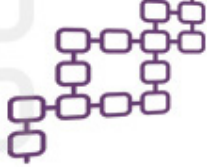
- Permet une plus grande accessibilité aux services.
- Permet une utilisation judicieuse et responsable des ressources professionnelles.
- Les pratiques cliniques sont appuyées par les données probantes.

À QUELS ENJEUX LES ÉQUIPES DE SANTÉ MENTALE SONT-ELLES CONFRONTÉES?



- Accès
- Provenance des demandes
- Cadre clinique
- Soins en collaboration
- Soins en étapes / hiérarchisation des services
- Soutien clinique

PAR OÙ COMMENCER ?



Avant de travailler sur l'organisation et l'offre de service réfléchir aux enjeux de votre RLS, aux changements de paradigmes à opérer et au sens clinique, basés sur:

- une vision et une responsabilité populationnelle ;
- une vision rétablissement ;
- un modèle de gestion des maladies chroniques.

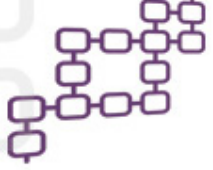
La démarche et la vision doivent être portées et soutenues par le comité de direction et les responsables cliniques et médicaux afin d'assurer un leadership et une cohérence.

Faire vivre cette vision, donner un sens clinique au sein des équipes.

Assurer la formation et le soutien clinique (conseiller clinique de l'équipe, MSRP...).

Avoir un processus d'amélioration continue qui implique les professionnels.

IMPACTS SUR LES PROFESSIONNELLS



- Des pratiques cliniques qui tiennent compte de la littérature.
- Un travail interdisciplinaire pour faire face aux problèmes complexes.
- Responsabilité d'évaluer le niveau de soins en fonction du service requis et des attentes de la clientèle en tenant compte de la mission 1^{re} ligne et des continuums de services.
- Mise en place d'une diversité de services.
- Soutenus dans leur pratique clinique.
- Sentiment d'efficacité dans le traitement de la clientèle.
- Cadence de travail pour tenir compte du mandat du CISSS/CIUSSS, de la responsabilité populationnelle et des cibles du MSSS.

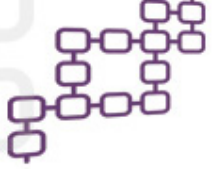
IMPACTS SUR LES MÉDECINS

- Apprécient le soutien rapide des équipes santé mentale.
- Travaillent en interdisciplinarité avec les équipes de santé mentale de 1^{re} et 2^e lignes (soins de collaboration).
- Apprécient l'accès rapide à l'opinion du psychiatre et ses recommandations lorsque requis.
- Se sentent soutenus dans leur pratique clinique.
- Sont plus ouverts et se sentent plus à l'aise de suivre des personnes ayant des troubles de santé mentale.
- Changement dans la culture de références qui deviennent moins prescriptives et plus collaboratives.

IMPACTS SUR LA CLIENTÈLE

- Bénéficie d'un meilleur arrimage entre les services médicaux, institutionnels et de la communauté.
- Bénéficie d'un regard, d'une vision élargie de sa situation: symptômes, déterminants sociaux...
- Bénéficie d'un accès en temps opportun aux services requis par sa situation.
- Bénéficie d'un soutien et d'une implication de ses proches et de la communauté.
- Est impliquée dès l'évaluation dans son processus de rétablissement.
- A un sentiment de reprise de pouvoir sur sa situation.

IMPLANTATION DES GUIDES DE PRATIQUES CLINIQUES

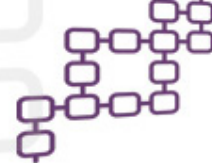


Peu déployés de façon systématique.

Quelques éléments de compréhension de la résistance :

- Croyance de devoir répondre à toutes les demandes exprimées par la clientèle.
- Les GPC parfois perçus comme un cadre désincarné de la culture de services.
- Modèle existant de travail en solo et en silo.
- Peur d'être jugé dans le travail en interdisciplinarité.
- Croyance au droit et la nécessité de la psychothérapie pour tous.
- L'intervention de faible intensité parfois perçue comme intervention à faible impact et ne répondant pas aux besoins complexes de la clientèle.
- Perception que les GPC enfreignent l'autonomie professionnelle.

IMPLANTATION DES GUIDES DE PRATIQUES CLINIQUES



Quelques leviers de changement :

- Vision que les GPC aident les équipes dans l'élaboration de l'offre de service adapté à toute la population et répondant à des critères de qualité clinique.
- Il y a de l'espace pour l'autonomie professionnelle.
- Le travail interdisciplinaire (soins en collaboration) pour répondre aux besoins complexes des clients et soutenir les professionnels.

Quelques lueurs d'espoir :

- Des éléments des GPC s'implantent dans les milieux.
- Les interventions de faible intensité commencent à se déployer.



RÔLE DE SOUTIEN DU CNESM

- Relève du MSSS -> Direction santé mentale (DSM).
- Aider au développement et à l'implantation des meilleures pratiques en santé mentale.
- Soutenir le déploiement des activités de soins en collaboration.
- Accompagner les gestionnaires et les équipes (consultant / facilitateur).
- Offrir des opportunités de réseautage entre les différents milieux de pratique.
- Donner accès aux pratiques novatrices des équipes de 1^{re} ligne.

COMMENT NOUS REJOINDRE

Communiquer avec Valérie Grignet adjointe
administrative au CNESM

Valerie.grignet.cnesm@msss.gouv.qc.ca

514-251-4000 poste 3488

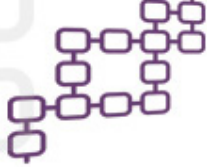




ÉCHANGES ET DISCUSSION



RÉFÉRENCES



1. Field, M. J., & Lohr, K. N. (1992). *Guidelines for clinical practice. From development to use*. Washington, DC: National Academy Press.
2. Hepner, K. A., Rowe, M., Rost, K., Hickey, S. C., Sherbourne, C. D., Ford, D. E., . . . Rubenstein, L. V. (2007). The effect of adherence to practice guidelines on depression outcomes. *Annals of Internal Medicine*, 147(5), 320-329.
3. Rost, K., Williams, C., Wherry, J., & Smith, G.R. Jr. (1995). The process and outcomes of care for major depression in rural family practice settings. *Journal of Rural Health*, 11(2), 114-21.
4. Wells, K. B., Sherbourne, C., Schoenbaum, M., Duan, N., Meredith, L., Unutzer, J., et al. (2000). Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. *JAMA*, 283(2), 212-220.
5. Asarnow, J.R., Jaycox, L.H., Duan, N., LaBorde, A.P., Rea, M.M., Murray, P., & al. (2005). Effectiveness of a quality improvement intervention for adolescent depression in primary care clinics: a randomized controlled trial. *JAMA*, 293(3), 311-9.
6. Melfi, C.A., Chawla, A.J., Croghan, T.W., Hanna, M.P., Kennedy, S., & Sredl, K. (1998). The effects of adherence to antidepressant treatment guidelines on relapse and recurrence of depression. *Archives of General Psychiatry*, 55(12), 1128-32.
7. Sood, N., Treglia, M., Obenchain, R.L., Dulisse, B., Melfi, C.A., Croghan, T.W. (2000). Determinants of antidepressant treatment outcome. *American Journal of Managed Care*, 6(12), 1327-36
8. Pyne, J. M., Rost, K. M., Zhang, M., Williams, D. K., Smith, J., & Fortney, J. (2003). Cost-effectiveness of a primary care depression intervention. *Journal of General Internal Medicine*, 18(6), 432-441.
9. Grimshaw, J. M., Thomas, R. E., MacLennan, G., Fraser, C., Ramsay, C. R., Vale, L., . . . Donaldson, C. (2004). Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess*, 8(6), 1-72.
10. Grol, R., Wensing, M., Eccles, M., & Davis D (eds). (2013). *Improving Patient Care: The Implementation of Change in Health Care* (2nd ed.). Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
11. Improving Chronic Illness Care . The Chronic Care Model. <http://www.improvingchroniccare.org> (traduction libre)
12. Wagner, E. H. (1998). Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*, 1(1), 2-4.
13. 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.
14. 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.
15. Katzman, M. A., Bleau, P., Blier, P., Chokka, P., Kjernisted, K., Van Ameringen, M., . . . Walker, J. R. (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*, 14(Suppl 1), S1-S83.

