



Canadian  
Collaborative  
Mental Health  
Initiative

Initiative  
canadienne de  
collaboration en  
santé mentale

# Bibliographie annotée des soins de santé mentale axés sur la collaboration

3

Septembre 2005

**Auteurs**

Kate Pautler, Caislyn Consulting Inc.  
Marie-Anik Gagné, secrétariat de l'ICCSM

**Membre du Comité directeur chargé de la revue du document**

Terry Krupa, représentante de l'Association canadienne des ergothérapeutes

**Traduction**

Versacom

**Secrétariat de l'ICCSM**

Maureen Desmarais, Coordonnatrice de projet  
Scott Dudgeon, Directeur général  
Marie-Anik Gagné, Gestionnaire de projet  
Valerie Gust, Gestionnaire de communications  
Tina MacLean, Adjointe de recherche  
Jeneviève Mannell, Assistante en communication  
Enette Pausé, Coordonnatrice de recherche  
Enric Ribas, Graphiste  
Shelley Robinson, Adjointe administrative

**Remerciements**

Ce projet n'aurait pas été possible sans le dévouement de Mona Frantzke de *Med-Lit Online Searches*, qui a effectué les recherches en ligne; ses connaissances en recherche documentaire et son expérience ont permis d'assurer la très grande qualité du travail de recherche bibliographique. Merci également à Scott Dudgeon pour ses conseils concernant l'Initiative.

*Droit d'auteur © 2005 Initiative canadienne de collaboration en santé mentale*

**Citation suggérée :** Pautler K., Gagné MA. Bibliographie annotée des soins de santé mentale axés sur la collaboration. Mississauga, Ont. : Initiative canadienne de collaboration en santé mentale; septembre 2005. Disponible au : [www.iccsm.ca](http://www.iccsm.ca)

This report is available in English.

Le secrétariat de l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale  
a/s Le Collège des médecins de famille du Canada  
2630 avenue Skymark, Mississauga, Ont., L4W 5A4  
Tél. : 905-629-0900 Téléc. : 905-629-0893  
Courriel : [info@iccsm.ca](mailto:info@iccsm.ca) Site Web: [www.iccsm.ca](http://www.iccsm.ca)

*Les opinions exprimées dans cette publication sont celles du secrétariat de l'ICCSM et ne correspondent pas nécessairement à l'opinion officielle des partenaires de l'ICCSM ou de Santé Canada.*

*Le financement de l'ICCSM provient du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de Santé Canada.*

ISBN 1-896014-73-9



# **Bibliographie annotée des soins de santé mentale axés sur la collaboration**

*Un rapport à l'intention de l'Initiative canadienne  
de collaboration en santé mentale*

Préparé par :  
**Kate Pautler, Ph.D.**  
*Présidente*  
Caislyn Consulting Inc.

**Marie-Anik Gagné, Ph.D.**  
*Gestionnaire de projet*  
Initiative canadienne de collaboration en santé mentale

Septembre 2005

# N O T R E O B J E C T I F

L'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM) vise à améliorer la santé mentale et le mieux-être des Canadiens en favorisant un partenariat et une collaboration entre les prestataires de soins de santé, les usagers, les familles et les aidants naturels et en facilitant l'accessibilité des usagers à des services de prévention et de promotion de la santé, de traitement/d'intervention et de réadaptation dans un contexte de soins de santé primaires.

# TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	i
CHAPITRE 1 : INTRODUCTION	1
CHAPITRE 2 : AU CŒUR DES SOINS AXÉS SUR LA COLLABORATION	13
CHAPITRE 3 : ÉLÉMENTS FONDAMENTAUX DE LA STRUCTURE DES SOINS DE SANTÉ MENTALE AXÉS SUR LA COLLABORATION	27
CHAPITRE 4 : SYSTÈME CENTRÉ SUR L'USAGER	55
CHAPITRE 5 : ACCESSIBILITÉ	91
CHAPITRE 6 : RICHESSE DE LA COLLABORATION	115
CHAPITRE 7 : STRUCTURES DE COLLABORATION	139
CONCLUSION	153
RÉFÉRENCES	157
ANNEXE A : RÉSUMÉS D'ARTICLES	183
INDEX DES AUTEURS	313
INDEX DES SUJETS	323



# SOMMAIRE

**L'initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM), un projet de deux ans financé par le gouvernement fédéral** qui se déroule sous les auspices de Santé Canada, est ancré dans la croyance que la prestation de soins de santé mentale axés sur la collaboration en contexte de soins de santé primaires diminue le fardeau de la maladie pour les usagers atteints de maladie mentale, en optimisant leurs soins et en leur facilitant l'accès aux services de santé mentale. Douze organismes de santé nationaux participent à ce projet **qui a pour but d'accroître la capacité des prestataires de soins de santé primaires de satisfaire les besoins en santé mentale de leurs usagers de santé, grâce à une collaboration interdisciplinaire.**

**L'intérêt pour les soins de santé mentale axés sur la collaboration s'accroît partout dans le monde.** Tant les chercheurs que les praticiens ont adopté cette approche et publient des rapports et des articles sur leurs programmes à un rythme croissant. Partant du document *Le partage des soins de santé mentale : une bibliographie et une vue d'ensemble*, la bibliographie annotée préparée par le groupe de travail du Collège des médecins de famille du Canada et l'Association des psychiatres du Canada (Craven et Bland, 2002), **l'ICCSM a commandé une bibliographie annotée actualisée qui comprendrait la documentation publiée depuis l'an 2000 et refléterait le Cadre de travail en soins de santé mentale axés sur la collaboration de l'ICCSM**, qui a été élaboré pour conceptualiser la collaboration dans un modèle de soins centré sur l'utilisateur.

Le Cadre de travail de l'ICCSM (Gagné, 2005) se définit par ses éléments clés : système centré sur l'utilisateur, accessibilité, richesse de la collaboration et structures de collaboration. La réussite et la facilité de mise en œuvre des soins de santé mentale axés sur la collaboration seront déterminées, en partie, par ces éléments fondamentaux : congruence des politiques et de la législation, suffisance du financement, recherche fondée sur des éléments probants, besoins et ressources de la communauté.

**La bibliographie actualisée *Bibliographie annotée des soins de santé mentale axés sur la collaboration* utilise le Cadre de travail de l'ICCSM comme lentille organisationnelle** pour examiner la plus récente documentation en matière de soins axés sur la collaboration. Le chapitre 1 explique la raison d'être du projet et le Cadre de travail de l'ICCSM. Il décrit la méthodologie et l'organisation du rapport. Le chapitre 2 se concentre sur le cœur des soins axés sur la collaboration et passe en revue les objectifs de cette collaboration : les paradigmes

fondamentaux, la mise en place de soins axés sur la collaboration dans le plus vaste continuum de soins et les groupes d'usagers pour lesquels les soins axés sur la collaboration sont profitables. Les éléments fondamentaux de l'infrastructure – lois/politiques, financement, recherche et communauté – sont abordés dans le chapitre 3. Les chapitres 4 à 7 présentent la documentation relative à chacun des éléments clés : système centré sur l'utilisateur au chapitre 4, accessibilité au chapitre 5, richesse de la collaboration au chapitre 6 et structures de collaboration au chapitre 7.

**Le chapitre 2, Au coeur des soins axés sur la collaboration**, commence par démêler les nombreux termes utilisés pour décrire ce type de soins, comme par exemple « soins partagés », « soins primaires intégrés », « soins de santé comportementale primaires », « soins de santé mentale primaires » et « interface de santé mentale/soins primaires ». **Comme la terminologie n'a pas encore été normalisée**, c'est au lecteur qu'il incombe de vérifier le sens des mots et de faire des recoupements entre l'information sur les soins axés sur la collaboration rattachée aux différents systèmes de soins de santé pour bien comprendre le domaine. **Il n'existe pas de définition établie des soins axés sur la collaboration**. Et comme si ce n'était pas assez compliqué, ce ne sont pas tous les auteurs qui expliquent les termes qu'ils utilisent dans leurs ouvrages.

**On retrouve, dans la plupart des discussions sur les soins axés sur la collaboration, des paradigmes théoriques ou conceptuels**, qui sont souvent dictés par les disciplines qui façonnent les approches utilisées en matière de collaboration. L'approche la plus souvent mentionnée – la dichotomie médicale classique du corps et de l'esprit – est considérée comme un obstacle fondamental à l'intégration des soins médicaux primaires et des soins de santé mentale. La connaissance des différents paradigmes et de l'influence qu'ils exercent sur les chercheurs et les praticiens est essentielle à un partage efficace des soins. Un des messages qui ressort clairement de l'information sur l'intégration des soins est la nécessité d'avoir un programme de collaboration basé sur les mêmes croyances ou objectifs. **Le défi pour les praticiens réside souvent dans leur capacité de transcender les croyances de leur discipline pour trouver un terrain d'entente avec les autres professionnels** et être en mesure d'offrir des soins de santé mentale primaires intégrés aux usagers.

La définition des groupes d'usagers aux fins des soins axés sur la collaboration fait également l'objet de discussions dans le chapitre 2. Beaucoup d'auteurs favorisent une approche basée sur la population pour répondre aux besoins en santé mentale de la clientèle des soins primaires, comme on le fait présentement pour satisfaire leurs besoins en santé physique. En englobant une vaste gamme de problèmes et de troubles mentaux, cette approche – qui consiste en une intégration horizontale des



soins – sert le plus large éventail de personnes. Une deuxième approche basée sur la population, caractérisée par une intégration verticale des soins, est conçue spécialement pour les groupes d'utilisateurs qui ont des besoins importants et coûteux en matière de soins de santé mentale primaires. La seule constatation de ces besoins impose que des soins de santé mentale soient offerts en contexte de soins primaires puisque la plupart des gens qui ont des besoins en santé mentale, peu importe où ils vivent dans le monde, ont des contacts avec les établissements de soins primaires. S'ajoutent à ces groupes les utilisateurs ayant des problèmes physiques ou médicaux chroniques qui seraient mieux traités en concomitance avec des soins de santé mentale. La reconnaissance de ces besoins non satisfaits en santé mentale justifie pleinement la place des soins axés sur la collaboration au sein des systèmes de santé.

**Le chapitre 3, Éléments fondamentaux de la structure des soins de santé mentale axés sur la collaboration**, traite des éléments requis pour que la collaboration dans la prestation des soins puisse prendre son essor, à savoir les lois/politiques, le financement, la recherche et la communauté. **Pour que les soins axés sur la collaboration puissent passer du stade de nouvelle approche à celui de méthode largement répandue, les responsables des politiques et les organismes de financement doivent les valider.** En cette époque où la compétition se fait de plus en plus pressante en ce qui concerne la répartition des ressources financières de la santé, tant dans les pays en développement que dans les pays avancés, le dossier des soins axés sur la collaboration doit être solide et convaincant pour obtenir les investissements requis. Des politiques sur les soins axés sur la collaboration et sur les changements qui doivent être apportés concernant la prestation des soins et les méthodes de gestion, les structures de soins, le financement, la rémunération, la formation et l'éducation, les normes relatives aux soins, la surveillance et l'assurance de la qualité doivent être mises en application. Les seules politiques ne sont pas suffisantes toutefois pour favoriser la collaboration. **Pour vraiment soutenir la collaboration, les mécanismes de financement, les plans de rémunération et les modèles de gestion doivent être souples et fiables.** L'élément essentiel? Les incitatifs financiers et les options de financement peuvent se révéler extrêmement utiles pour provoquer des changements dans l'organisation du système et le comportement des praticiens.

Un bon dossier doit être fondé sur de bonnes recherches. Les recommandations concernant les prochaines étapes des soins axés sur la collaboration sont nombreuses. Il faut d'abord de nouveaux paradigmes pour orienter la recherche sur la participation interdisciplinaire dans les soins et le plus vaste éventail possible de principes et de comportements. **Il faut également élargir la définition des soins de santé mentale primaires pour qu'elle englobe toutes les ressources communautaires,**

**et non pas seulement les soins médicaux primaires. Il faut également élargir la définition des soins de santé mentale primaires pour qu'elle englobe toutes les ressources communautaires, et non pas seulement les soins médicaux primaires,** et apporte santé et bien-être aux usagers souffrant de maladie mentale ou de détresse psychologique. Il faut aussi encourager les traitements novateurs qui ne consistent pas seulement à adapter les traitements spécialisés au contexte des soins primaires, et mettre l'accent sur une pratique fondée sur l'expérience clinique. **Les méthodes de recherche qui comblent l'écart entre la recherche et la pratique réelle,** entre les situations idéales et les contraintes de tous les jours, **sont vitales** pour assurer l'avancement constant de ce secteur des soins.

Enfin, et surtout, les soins axés sur la collaboration exigent une compréhension fondamentale de la communauté et une capacité de travailler avec elle. Les systèmes locaux peuvent offrir beaucoup d'occasions de collaboration exigeant un minimum de temps et d'attention sans qu'elles soient reconnues. Des structures de collaboration plus élaborées et plus formelles devraient être élaborées en collaboration avec la communauté dès le départ, afin de tirer profit des ressources existantes et de promouvoir une responsabilité et un engagement communs envers cette méthode de soins. La liaison avec d'autres ressources communautaires peut permettre d'étaler ou même de différer les coûts des soins, et encourager le recours à des interventions moins intrusives et plus économiques.

**Des méthodes de base d'évaluation des besoins sont utiles pour les planificateurs et les praticiens qui veulent créer ou étendre des programmes de soins axés sur la collaboration.** L'énergie consacrée à ce processus axé sur la communauté peut se révéler rentable à long terme pour assurer la viabilité des programmes de collaboration. Une communauté australienne en a fait l'expérience lorsqu'une voix unifiée a permis de sauver un système de collaboration grandement efficace et peu coûteux entre une infirmière psychiatrique, un établissement de médecine générale local et la communauté dans son ensemble (voir le chapitre 4, Malcolm, 2000; 2002).

**Le chapitre 4, Système centré sur l'utilisateur,** examine une approche de collaboration centrée sur l'utilisateur. Une telle approche exige que l'objectif des soins soit avant tout de répondre aux besoins des usagers. La collaboration est un mécanisme qui permet d'atteindre cet objectif. Les professionnels s'unissent pour offrir des soins aux usagers en partageant une vision commune, les mêmes objectifs de soins et des pratiques cliniques intégrées. Les usagers doivent également participer à la gestion de leur cas, y compris en s'engageant dans un processus d'auto-assistance. **Pour que les services soient adaptés aux besoins des**

**usagers, il faut que les usagers et leurs familles participent également à la planification et à l'élaboration des programmes.**

**Atteindre les clientèles spéciales grâce aux soins axés sur la collaboration demande d'employer des méthodes différentes pour chacun des groupes.** Ces clientèles spéciales comprennent les personnes atteintes de maladie mentale grave, les personnes ayant des problèmes de dépendance ou de troubles concomitants, les enfants et adolescents, les populations rurales, les personnes âgées et d'autres groupes comme les sans-abri, les personnes atteintes du VIH et des groupes ethniques. Pour satisfaire les besoins en soins médicaux primaires et spécialisés de certains de ces groupes, comme les personnes atteintes de maladie mentale grave ou ayant des problèmes de dépendance par exemple, il est recommandé d'intégrer les soins dans le contexte des soins spécialisés (en amenant des prestataires de soins primaires dans l'établissement par exemple). C'est le contraire du processus normal en matière de soins axés sur la collaboration, puisque ce sont plus souvent les prestataires de soins de santé mentale qui déménagent dans un contexte de soins primaires. L'intégration des soins destinés aux enfants, aux adolescents et aux personnes âgées exige une approche plus holistique des éléments médicaux et psychosociaux afférents au diagnostic, au traitement et au suivi. Pour d'autres groupes, les soins axés sur la collaboration exigent une combinaison plus créatrice des services qui met l'accent sur l'élément psychosocial tout en fournissant les soins médicaux nécessaires, et tient compte de la culture, de la diversité et du contexte social des groupes.

**Le chapitre 5, Accessibilité,** commence par une question évidente « Pourquoi faudrait-il intégrer les soins primaires et les soins de santé mentale? » et **examine les avantages que représentent les soins intégrés pour les usagers, le système local ou la communauté et le système de santé dans son ensemble. Intuitivement, les soins intégrés semblent parfaitement logiques** : ils répondent aux besoins des clients d'une façon qui correspond à leur style de vie et à leur préférence, qui est de recevoir tous les soins au même endroit. C'est l'essence même de l'amélioration de l'accessibilité aux soins. La prestation des soins a traditionnellement été organisée et segmentée autour des fossés durables mais artificiels qui séparent les disciplines. Ces fossés représentent un défi de taille pour la réforme du système et les professionnels actifs qui souhaitent adopter des méthodes de soins plus holistiques. Le fardeau de cette segmentation du système est souvent retombé sur les épaules des usagers et de leurs familles, et sur celles des personnes ayant des problèmes de santé ou de maladie mentale.

La nature même de leur détresse psychologique les empêche souvent d'être en mesure de naviguer dans ce labyrinthe de soins.

La compréhension des avantages de modifier les méthodes de prestation des soins à tous les niveaux, et des résultats que ces soins pourraient donner grâce à la participation de toutes les parties concernées, confirme la nécessité de ce changement. En retour, ce changement devrait inciter les personnes qui participent au processus de changement à continuer d'appuyer les soins axés sur la collaboration.

C'est à cette fin que de **nombreux cadres de travail conceptuels de soins axés sur la collaboration sont présentés** au chapitre 5. Bien que ces cadres de travail organisent les éléments qui caractérisent les soins axés sur la collaboration d'une manière différente, ils partagent un but commun, celui de mieux comprendre comment il est possible d'intégrer des disciplines distinctes pour traiter des usagers ayant des problèmes de santé mentale dans un contexte de soins primaires et obtenir ainsi de meilleurs résultats pour la santé. Des modèles précis de soins axés sur la collaboration sont également examinés.

Le **chapitre 6, Richesse de la collaboration**, porte sur les interactions auxquelles donne lieu la prestation des soins, et sur les professionnels qui y participent. **Les soins axés sur la collaboration impliquent que de nombreux professionnels travaillent ensemble et que, même si le nombre exact peut varier considérablement, ce travail est souvent défini comme un travail d'équipe.** Ce chapitre examine la collaboration en tant que travail d'équipe et analyse les éléments interactifs qui rendent ce travail efficace. **Une collaboration réussie exige un mélange d'attitudes et de caractéristiques personnelles et professionnelles qui créent un équilibre entre l'autonomie, le pouvoir et le contrôle, la responsabilité, le respect et la confiance.** Les autres aspects importants sont les styles de travail et les éléments qui favorisent le travail d'équipe, comme la communication (clarté, fréquence, forme et réciprocité), l'écoute, la compréhension des modèles de soins et des processus cliniques, la conscience de ses propres connaissances et habiletés et de celles des autres de même que les processus de prise de décisions.

**Des professionnels de disciplines très variées participent aux soins axés sur la collaboration** — psychologues, médecins de famille et omnipraticiens, psychiatres, infirmières psychiatriques, infirmières de pratique avancée, infirmières cliniciennes spécialisées, infirmières praticiennes, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, aumôniers et pharmaciens. **Les soins axés sur la collaboration ont également entraîné la création de nouveaux postes**, notamment ceux de conseiller, travailleur de liaison, prestataire de soins de santé mentale primaires, préposé au triage, facilitateur de soins et prestataire de soins adjoint, qui peuvent être comblés par des personnes appartenant à différentes disciplines. Ce qui ressort de la documentation, c'est la volonté de faire un tri dans

les pratiques et les croyances des nombreuses disciplines afin de trouver une façon de travailler ensemble pour le bénéfice des usagers vivant avec des problèmes de santé mentale. Des forces positives comme l'ouverture, l'espoir et la créativité sont également évidentes – regarder dans et au-delà des approches actuelles pour trouver de nouvelles méthodes de collaboration qui permettront de répondre aux besoins des usagers. Un des éléments cruciaux d'un travail d'équipe efficace est l'importance accordée au partage des connaissances, où les professionnels des multiples disciplines apprennent les uns des autres pour offrir les meilleurs soins possible.

Le **chapitre 7, Structures de collaboration**, porte sur les caractéristiques ou éléments concrets du processus de soins qui favorisent la collaboration et l'interaction complexe entre les gens et les éléments structuraux.

**Les éléments structuraux de soutien se retrouvent à trois niveaux : la pratique, le système local de soins et le système de santé dans son ensemble.** Dans le contexte local des soins primaires, des ajustements doivent être faits aux éléments pratiques pour permettre la collaboration avec les professionnels de la santé mentale. Des éléments comme l'attribution d'un espace physique adéquat au sein de l'établissement de soins médicaux, des procédures administratives communes, des salles d'attente et des services de réception communs, un processus de prise de rendez-vous intégré, une salle des employés et un processus commun de consignation des notes au dossier ont été établis. Les autres mesures de soutien sont les protocoles d'équipe, les descriptions de tâches, une compréhension mutuelle de l'expérience et des compétences des professionnels participants, des processus et des modèles cliniques bien définis ainsi que des processus informels de consultation et de partage des soins qui tolèrent les interruptions et les discussions dans le corridor.

Les éléments du système local comprennent également un but arrêté des prestataires d'améliorer les interactions entre les soins primaires et de santé mentale, d'élaborer des stratégies de formation dans lesquelles les spécialistes de la santé mentale forment les prestataires de soins primaires sur les questions de santé mentale, de fournir des médicaments pour le traitement des troubles mentaux communs dans les contextes de soins primaires des pays en développement, d'employer du personnel expérimenté en soins axés sur la collaboration et de participer à l'évaluation des modèles qui ont été mis en application. À plus grande échelle, ces éléments sont la formation continue pour les prestataires participant aux soins axés sur la collaboration, des changements dans la formation afin que les futurs cliniciens soient au fait des approches, des styles et des compétences qui se rapportent à la collaboration, la promotion de relations axées sur la collaboration entre les associations professionnelles, les facultés et les établissements d'enseignement, la création de politiques

nationales, régionales et locales qui favorisent la collaboration, le financement des soins axés sur la collaboration et une planification stratégique systématique.

La compréhension de ce qui se passe dans un programme de soins axés sur la collaboration, ainsi que des cadres conceptuels qui mettent l'accent sur les aspects comportementaux de la collaboration et des mesures permettant de cerner ces comportements, est nécessaire. Il importe également de reconnaître que la collaboration est constituée d'une série complexe d'interactions – ces interactions se déroulent entre un certain nombre d'intervenants, dans le temps et dans l'espace, et toute combinaison des forces en présence peut être à l'origine des résultats obtenus avec les soins fournis.

La conceptualisation pratique et théorique du programme de collaboration est utile pour étudier ou évaluer ce type de soins. Encore là, il n'y a pas de consensus quant à un modèle de soins théorique optimal, mais les suggestions penchent en faveur d'un modèle cognitif plutôt que comportemental, de l'utilisation d'un cadre de travail de type entrées-traitement-sorties, de la théorie des systèmes et du processus de réforme structurelle. **Différents éléments de mesure des soins axés sur la collaboration** (structurels et relationnels) **apparaissent dans la documentation** : fréquence de la collaboration, collaboration interdisciplinaire, pouvoir de collaboration, intégration fonctionnelle, motivation de l'équipe, valeurs de collaboration, prise des décisions et satisfaction. Dans l'ensemble, l'évaluation du programme de collaboration doit être complète pour ce qui est de la conceptualisation, des mesures, de la participation des intervenants et des méthodes.

**Un système informatique constitue un bon outil de base** – idéalement un système de dossiers médicaux électroniques qui comprend toute l'information clinique et peut programmer certains aspects du traitement (p. ex. un système de rappel ou un aide-mémoire pour assurer un suivi des soins, du registre des sous-groupes). Des ordinateurs portatifs peuvent aussi être utiles pour aider à garder la maîtrise de l'information et gérer les directives cliniques et les protocoles. Dans sa revue des articles, cette bibliographie annotée fait ressortir certaines des recherches qui ont été faites sur la relation entre les résultats et les soins de santé mentale axés sur la collaboration. On n'y parle que des résultats par contre. L'ICCSM a donc commandé un examen des meilleures pratiques qui se retrouve dans le document, *Meilleures pratiques pour des soins de santé mentale axés sur la collaboration : Une analyse des données existantes*.

Voici maintenant un résumé des points principaux de cette bibliographie annotée :

- ∞ Le nombre de publications qui traitent des soins de santé mentale axés sur la collaboration augmente partout dans le monde.
- ∞ L'ICCSM a commandé une bibliographie annotée pour actualiser celle qui avait été produite par le groupe de travail sur la collaboration en 2002 (Craven et Bland).

- ∞ Cette nouvelle bibliographie annotée est fondée sur le Cadre de travail conceptuel de l'ICCSM, qui décrit les éléments fondamentaux requis pour favoriser les soins de santé mentale axés sur la collaboration, ainsi que les éléments clés qui les définissent.
- ∞ Les différents chapitres de la bibliographie annotée expliquent en détail les éléments fondamentaux et les éléments clés du Cadre de travail de l'ICCSM.
- ∞ Les thèmes qui sont essentiels à la réussite des soins de santé mentale axés sur la collaboration sont abordés dans la bibliographie :
  - Chapitre 2 – De façon générale, l'évolution rapide de la documentation entraîne un manque de clarté dans les termes choisis et leur définition. Un certain nombre de paradigmes influent sur les soins de santé mentale axés sur la collaboration. Il faut en arriver à des croyances et des objectifs communs, et s'entendre sur la définition des groupes d'utilisateurs pour lesquels les soins axés sur la collaboration sont profitables.
  - Chapitre 3 – Il faut des politiques et des mécanismes de financement pour appuyer et encourager la collaboration, la recherche et des méthodes d'évaluation des programmes qui permettront de déterminer les meilleures pratiques. La création d'initiatives de collaboration ancrées dans les besoins et les ressources de la communauté devrait être la norme.
  - Chapitre 4 – Un système centré sur l'utilisateur est le thème clé des soins de santé mentale axés sur la collaboration. Les utilisateurs sont des experts en ce qui a trait à leur propre maladie et ils doivent assumer une part de la responsabilité et participer à la prise des décisions et à l'établissement des objectifs. Comme certaines clientèles ont des besoins spéciaux, les approches en matière de soins de santé mentale primaires doivent être adaptées à ces besoins.
  - Chapitre 5 – Il existe un certain nombre d'arguments de taille pour intégrer la santé mentale aux soins primaires. Il faut considérer les différentes approches pour intégrer ces services.
  - Chapitre 6 – Un travail d'équipe efficace est la pierre angulaire des soins de santé mentale axés sur la collaboration. Il importe de comprendre les différences entre les disciplines participantes, d'élaborer des stratégies de création d'équipe et de créer des postes qui facilitent l'intégration de la santé mentale et des soins primaires (p. ex. les travailleurs de liaison).
  - Chapitre 7 – Un certain nombre de structures de collaboration facilitent la collaboration en santé mentale, y compris un espace physique commun, des systèmes d'information partagés et l'évaluation des modèles et des méthodes. Les structures de collaboration importantes doivent être prises en compte.





# Chapitre 1 :

# INTRODUCTION

## MESSAGES CLÉS

- *L'ampleur des recherches effectuées récemment et la constance avec laquelle ils sont mis en application indiquent que les soins de santé mentale axés sur la collaboration connaissent un véritable essor.*
- *La présente bibliographie annotée a été créée à partir d'une bibliographie antérieure sur les soins partagés, selon le Cadre de travail en soins de santé mentale axés sur la collaboration de l'ICCSM, et à l'aide d'une recherche exhaustive de la documentation disponible en ligne.*

La croissance des soins de santé mentale en contexte de soins primaires au cours de la dernière décennie est évidente quand on voit le nombre de pays qui ont fait des soins de santé axés sur la collaboration une réforme clé ou un élément central de leur système de santé. Une autre preuve de cette croissance est le volume accru de publications professionnelles qui traitent des soins de santé mentale primaires et, plus précisément, des méthodes de collaboration. Afin d'aider les chercheurs, les planificateurs de service et les cliniciens à s'y retrouver, cette masse critique d'information a été résumée et analysée dans une bibliographie annotée rapidement et facilement utilisable. Malgré le risque qu'elles deviennent désuètes peu après leur publication, ces bibliographies sont utiles pour guider les lecteurs dans les énormes quantités d'information, et expliquer les thèmes généraux ainsi que l'avancement des connaissances.

## Contexte

Un groupe de travail créé en 1998 sous les auspices du Collège des médecins de famille du Canada et de l'Association des psychiatres du Canada a produit en 2002 une bibliographie annotée pour répondre à la forte demande d'information concernant les soins de santé mentale partagés (Craven et Bland, 2002). Le groupe avait pour but de soutenir la création d'un programme national de recherche en soins de santé mentale partagés, et d'encourager les personnes et les organismes à élaborer des projets et des programmes de soins partagés à l'échelle du pays.

*La bibliographie annotée sur les soins partagés a été publiée en 2002.*

Fondée sur une étude exhaustive de la documentation, la bibliographie originale, intitulée *Le partage des soins de santé mentale*, une bibliographie et une vue d'ensemble (Craven et Bland, 2002), analyse en détail une série de sujets fondamentaux :

- La nécessité d'accroître la collaboration entre les psychiatres et les prestataires de soins primaires.
- Les points de vue théoriques et conceptuels des soins de santé mentale partagés.
- Les modèles de soins de santé mentale partagés.
- La prévalence des initiatives de soins de santé mentale partagés.
- Les évaluations et la recherche en matière de soins de santé mentale partagés.
- Les personnes atteintes de maladie mentale grave et les soins de santé primaires qu'elles reçoivent.
- L'éducation et la formation.
- Les défis et obstacles possibles.
- Les références.

L'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM) est chanceuse de pouvoir créer sa propre bibliographie annotée à partir d'une base aussi récente et solide.

## Le projet de l'ICCSM

L'ICCSM, un projet de partenariat des organismes de soins de santé nationaux qui promeuvent et favorisent le partage des soins de santé au Canada, a réuni de l'information provenant des nombreuses disciplines participantes afin d'élaborer un Cadre de travail en soins de santé mentale axés sur la collaboration (voir la figure 1). Le Cadre de travail de l'ICCSM est une typologie des soins axés sur la collaboration qui fait ressortir les éléments clés de la collaboration et ses principes fondamentaux.

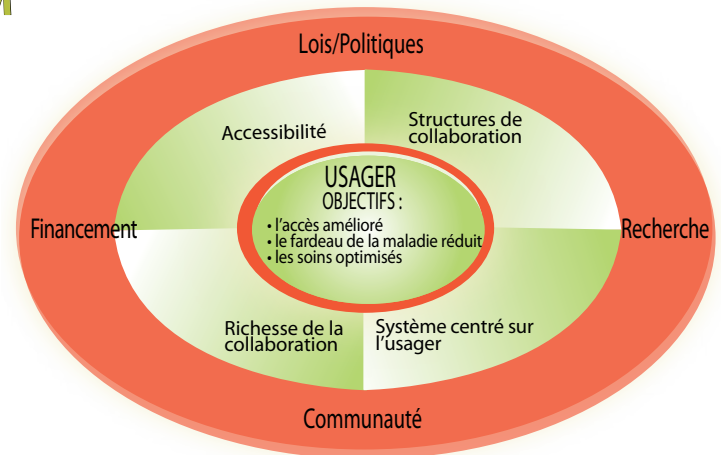


Figure 1. Le Cadre de travail en soins de santé mentale axés sur la collaboration de l'ICCSM.

Le Cadre de travail en soins de santé mentale axés sur la collaboration de l'ICCSM permet d'examiner la documentation dans un angle plus grand.

Cette typologie est, en partie, le résultat d'une synthèse des connaissances que nous possédons sur les soins axés sur la collaboration, qui sont issues de la première bibliographie. Le Cadre de travail de l'ICCSM permet d'examiner la documentation existante dans un plus grand angle.

Étant donné le nombre considérable de documents traitant des soins de santé mentale axés sur la collaboration qui ont été publiés depuis l'an 2000 et la sortie de la première bibliographie, l'ICCSM a jugé qu'un deuxième catalogue pourrait être utile. Respectant son objectif d'élaborer une stratégie nationale pour la mise en œuvre de soins de santé mentale axés sur la collaboration, l'ICCSM présente cette bibliographie annotée comme un catalyseur pour propulser les groupes intéressés vers de meilleures pratiques et une intégration réussie.

## Le Cadre de travail en soins de santé mentale axés sur la collaboration de l'ICCSM

Au centre du Cadre de travail de l'ICCSM se trouve l'utilisateur, c'est-à-dire la personne souffrant ou susceptible de souffrir de troubles de santé mentale ou d'une maladie mentale. Ce premier élément fait ressortir le but et les résultats escomptés des soins axés sur la collaboration, à savoir l'optimisation des soins des usagers, grâce à l'amélioration de l'accessibilité à des services de prévention et de promotion de la santé et à l'intensification des niveaux de soins et de réadaptation, selon les besoins, et, par conséquent, la réduction du fardeau de la maladie.

Le nouveau Cadre de travail conceptuel de l'ICCSM, qui est fondé sur les recherches antérieures et une analyse des initiatives existantes en matière de soins de santé mentale axés sur la collaboration, comprend les éléments clés des soins de santé mentale axés sur la collaboration (voir la figure 1). Il fournit des directives générales pour la recherche et les discussions menées dans le cadre du projet. Les soins de santé primaires jouent un rôle essentiel dans le traitement et le soutien des usagers, ainsi que dans l'interrelation entre le corps et l'esprit.

Les soins de santé mentale axés sur la collaboration sont définis par les quatre éléments clés qui entourent l'utilisateur dans le Cadre de travail de l'ICCSM (voir la figure 1), soit un système centré sur l'utilisateur, l'accessibilité, la richesse de la collaboration et des structures de collaboration.

Les éléments fondamentaux de l'infrastructure jouent quant à eux un rôle déterminant dans la réussite et la facilité de mise en œuvre de soins de santé mentale axés sur la collaboration. Ces éléments sont la cohérence des

L'augmentation du nombre de publications prouve que les soins axés sur la collaboration sont en pleine croissance.

L'interaction entre l'équipe de professionnels et l'utilisateur diminue le fardeau de la maladie en optimisant les soins que reçoit l'utilisateur.

L'utilisateur est au centre du Cadre de travail de l'ICCSM.

politiques et de la législation, les structures de financement, la recherche fondée sur des preuves et les besoins de la communauté.

## Éléments clés

Quatre éléments clés représentent les caractéristiques essentielles des soins de santé mentale axés sur la collaboration : système centré sur l'utilisateur, accessibilité, richesse de la collaboration et structures de collaboration.

### Système centré sur l'utilisateur

Un système centré sur l'utilisateur signifie que ce dernier peut et devrait participer activement à tous les aspects de son traitement. Ce concept est fondé sur l'idée que la prestation des services de santé doit être centrée sur le bien-être de l'utilisateur, ce qui constitue un défi pour les organisations qui doivent faire face aux demandes de multiples intervenants. L'utilisateur devrait participer à tous les aspects de son traitement, en partant du diagnostic jusqu'au choix du traitement, en passant par la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes. Les soins de santé mentale axés sur la collaboration doivent donc tenir compte de la grande variété des besoins des usagers.

Un nombre croissant d'initiatives de soins de santé mentale axés sur la collaboration mettent l'accent sur le rôle de l'utilisateur en y consacrant du temps et des ressources bien précises :

- matériel, séances ou centres d'information mis à la disposition des usagers, de leurs familles et de leurs aidants naturels pour leur permettre de faire un choix éclairé sur le traitement et l'autotraitement de la maladie;
- participation des usagers, de leurs familles et de leurs aidants naturels à l'élaboration d'initiatives de soins de santé mentale axés sur la collaboration (p. ex. à des groupes de discussion ou des comités consultatifs) et à l'évaluation des programmes (p. ex. la conception d'instruments de mesure ou la participation à des programmes de recherche à titre de partenaire et de sujet);
- adaptation des initiatives de promotion de la santé et des traitements afin qu'ils tiennent compte des besoins et du contexte culturel propres à chaque usager.

Dans un système centré sur l'utilisateur, ce dernier participe à tous les aspects de son traitement.

## Accessibilité

La réalisation des objectifs des soins de santé mentale axés sur la collaboration repose sur l'amélioration de l'accessibilité aux services de santé mentale. Pour ce faire, des services de santé mentale doivent être offerts dans les établissements de soins primaires, ou au cœur même des communautés. Les contextes de soins primaires sont généralement le premier point de contact des usagers qui sont préoccupés par un problème de santé mentale.

La prestation de services de santé mentale en contexte de soins primaires peut être assurée de différentes façons. Par exemple, les soins peuvent être fournis par un spécialiste ou une équipe spécialisée en santé mentale, ou par un prestataire de soins primaires aidé ou guidé par un spécialiste.

## Richesse de la collaboration

La richesse de la collaboration entre les prestataires de soins de santé mentale et de soins primaires est une caractéristique essentielle d'un système efficace de soins de santé mentale axés sur la collaboration. Cette collaboration est centrée sur l'interaction entre les prestataires, dans le but de la favoriser. Voici certaines caractéristiques de cette richesse de la collaboration :

- ∞ Partage des connaissances entre les prestataires concernant les meilleures pratiques en santé mentale, par le biais d'initiatives éducatives :
  - pendant les études – cours, conférences, tutoriels, séminaires, tournées, rotations, conférences ou discussions sur des cas, comités, stages, suppléance;
  - pendant la formation médicale continue – ateliers, séminaires, symposiums, présentations;
  - dans le matériel éducatif – rapports de recherche, études, livres, directives sur les traitements, manuels.
- ∞ Participation de professionnels de disciplines variées (soins infirmiers, pharmacie, médecine familiale, psychologie, psychiatrie, ergothérapie, travail social, diététique, équipe d'entraide) aux soins donnés en collaboration.
- ∞ Communication interdisciplinaire.

Le but est d'améliorer l'accessibilité aux services de santé mentale dans les contextes de soins primaires.

Dans le système de santé actuel, l'interaction entre les prestataires est cruciale.

Nous devons mieux connaître les structures et les outils qui favorisent la collaboration.

## Structures de collaboration

La réussite des initiatives de soins de santé mentale axés sur la collaboration repose sur la mise en place de systèmes et de structures qui favorisent la collaboration. D'abord, les prestataires doivent élaborer ou prendre part à une structure qui définit les modalités des ententes de collaboration. Ces ententes peuvent être officielles ou non. Les ententes officielles comprennent les ententes de services, les centres de coordination ou les réseaux de collaboration. Les ententes non officielles peuvent être tout simplement une entente verbale de travailler ensemble.

Ensuite, les prestataires des soins organisent ou créent des systèmes qui définissent certaines fonctions clés des soins de santé mentale axés sur la collaboration, notamment :

- ∞ les stratégies d'acheminement des usagers (p. ex. les formulaires, protocoles de renvoi, réseaux de consultation);
- ∞ la technologie de l'information (p. ex. les dossiers médicaux électroniques, l'échange d'information par Internet, les téléconférences et vidéoconférences, le courrier électronique, les serveurs de liste);
- ∞ les évaluations (p. ex. la création d'instruments de mesure et l'adoption des mêmes instruments, méthodes et logiciels).

## Éléments fondamentaux

### Politiques et législation

Le contexte général dans lequel les soins axés sur la collaboration sont offerts joue un rôle essentiel dans la mise en œuvre et dans les résultats des programmes. Dans le système de santé, les politiques et la législation sont importantes pour la création et le soutien de soins axés sur la collaboration. Les politiques orientent la mission générale du gouvernement et la stratégie de mise en œuvre de services de santé mentale primaires – autrement dit, la façon dont une part importante des soins de santé mentale pourrait être intégrée systématiquement au système de soins primaires existant (Jenkins et Strathdee, 2000). Ces politiques expliquent comment les troubles mentaux communs seront traités; qui sera responsable de l'évaluation, du diagnostic et de la prise en charge; comment la qualité des interventions, des processus et des résultats sera surveillée; comment seront déterminés les besoins en matière de perfectionnement et de formation des ressources humaines; et comment les services seront exécutés.

Une législation pourrait être nécessaire pour soutenir les politiques relatives aux questions qui sont au cœur des soins axés sur la collaboration.

Les politiques et la législation facilitent la collaboration en définissant la manière dont les systèmes de santé doivent intégrer les soins de santé mentale dans les soins primaires.

Une législation efficace comporte des règlements qui mettent en évidence les rôles, les attentes et les étapes nécessaires pour prendre des mesures correctives. Tout aussi importante est l'interaction entre les autres politiques en matière de santé et de services sociaux qui s'appliquent aux soins de santé mentale primaires : les problèmes surviennent quand les différentes politiques entrent en conflit les unes avec les autres ou que les politiques des différentes réformes progressent en suivant des lignes parallèles plutôt que convergentes (Kates, 2000). En outre, les actions des organismes professionnels et des organismes qui définissent les normes en matière de santé influent sur les politiques (voir un exemple dans Druss, 2002, p. 199).

## Financement

La répartition des ressources financières dans les systèmes de santé et les méthodes de rémunération des services professionnels ont d'importantes répercussions sur la nature de la collaboration. Dans les budgets de certains gouvernements nationaux, comme ceux de l'Angleterre, de l'Australie et du Canada, le financement global des soins de santé mentale primaires augmente, ou a été augmenté récemment, suscitant un intérêt considérable pour ce domaine (Lester et coll., 2004; Hickie et Groom, 2002). Les gouvernements semblent avoir compris qu'il fallait réagir plus globalement à la vaste gamme des problèmes et des besoins en santé mentale. C'est très positif (Jenkins et Strathdee, 2000).

La façon dont fonctionne le financement, surtout dans le cas des professionnels, peut entraîner une augmentation ou une diminution des ententes de collaboration (Korda, 2002). Les plans de rémunération déterminent dans quelle mesure les activités de collaboration sont directement remboursées et valorisées. Les plans qui ne rémunèrent pas l'emploi de plusieurs membres d'équipe ou le dialogue entre les professionnels qui collaborent sont de puissants facteurs de dissuasion. En règle générale, les plans de paiement à l'acte prévoient rarement le remboursement direct des soins axés sur la collaboration, tandis que les plans de paiement per capita récompensent les traitements efficaces et économiques (Dewa et coll., 2001).

## Recherche

L'établissement d'une preuve est essentiel aux initiatives de soins de santé mentale primaires axés sur la collaboration. En cette ère de pratique fondée sur l'expérience clinique, l'accent est mis sur les pratiques qui sont reconnues pour être efficaces. La qualité et la responsabilité sont les mots d'ordre en matière de soins de santé, et l'adoption de pratiques fondées sur l'expérience clinique s'est avérée le meilleur moyen de respecter les deux (Goldman et coll., 2001). Dans le contexte des soins axés sur la

Le financement et les mesures incitatives sont nécessaires pour favoriser la collaboration entre les professionnels.

La preuve de l'utilité des soins axés sur la collaboration doit être faite par la recherche.

collaboration, les trois éléments d'un réseau de services – l'amélioration de la qualité, la responsabilité par la mesure du rendement et la pratique fondée sur l'expérience clinique – ont une relation triangulaire unique. Des services efficaces et responsables s'appuient sur des pratiques fondées sur l'expérience clinique, qui, à leur tour, assurent l'amélioration de la qualité.

Il est donc vital d'établir la preuve de l'utilité des soins de santé mentale primaires intégrés. Il n'existe pas de preuve adéquate présentement pouvant orienter les politiques et les pratiques d'une façon claire et précise. L'existence même de l'ICCSM est une indication claire de cette lacune au Canada. À mesure que le secteur va progresser, des fonds devront être alloués à la promotion et à la recherche dans tous les aspects des soins de santé mentale primaires pour que nous puissions commencer à comprendre ce qui fonctionne le mieux, et pour qui. En attendant, l'adoption de modèles ou de méthodes précis n'est pas possible.

### **Communauté**

Les initiatives de soins axés sur la collaboration doivent tenir compte des besoins et des ressources des communautés. Quatre questions clés doivent être approfondies (Jenkins, 1998) :

1. Quels sont les besoins des usagers dans chacun des principaux groupes de diagnostics ou d'usagers?
2. Quel type de service peut répondre à ces besoins?
3. Quels professionnels de la santé et quelles habiletés doivent s'ajouter aux soins primaires pour offrir les meilleurs soins de santé mentale primaires possible?
4. Quels modèles de soins intégrés, de communication et de liaison favoriseraient la réussite de la collaboration entre les équipes de soins primaires et les spécialistes?

Les initiatives de soins de santé mentale primaires sont mises en œuvre dans le système de santé existant. La réussite de la collaboration repose sur la connaissance approfondie de la communauté dans laquelle le programme de collaboration doit être mis en œuvre. Certaines variables importantes doivent être prises en compte, notamment les services offerts et leurs interrelations (p. ex. la jonction entre les soins primaires et les soins de santé mentale secondaires); la prévalence des troubles mentaux communs ou les groupes ayant des besoins spéciaux dans la communauté; les caractéristiques de la communauté, les ententes de financement de la santé, la disponibilité des prestataires de soins de santé, les modèles de services et de soins existants, la capacité de formation, l'accès à des systèmes et des technologies de l'information, l'opinion publique et les leviers de changement possibles. La collaboration peut représenter un défi, et les communautés doivent partir de là où elles en sont (Bazelon Centre, 2004, p. 5).

Les besoins de la communauté doivent guider l'élaboration des soins axés sur la collaboration.



## Méthodes

### Bases de données

Une recherche exhaustive de la documentation en ligne a été effectuée dans les six bases de données électroniques suivantes, de l'année de création de chacune des bases jusqu'au mois d'octobre 2004 : MEDLINE, CINAHL, PsycINFO, EMBASE, ERIC et Social Service Abstracts. La stratégie de recherche incluait les bases de données interdisciplinaires et les bases de données médicales habituelles. Les recherches n'ont pas toutes été fructueuses : CINAHL et PsycINFO ont donné les meilleurs résultats, suivies par ERIC. La base Social Service Abstracts n'a pas donné grand-chose. D'autres recherches ont été effectuées à l'aide des moteurs de recherche de PubMed et Google et de la Cochrane Library (numéro 4, 2004).

### Mots clés et descripteurs

Des mots clés et des descripteurs ont été utilisés pour la recherche, dont « soins primaires » et « collaboration en santé mentale ». Des études trouvées à l'aide de termes secondaires comme « modèles – organisationnel, rôle professionnel, éducation », « suivi médical », « renvoi et consultation », « travail et équipes interdisciplinaires » et « services de santé en milieu rural » ont été ajoutées à la liste des références une fois toutes les recherches terminées.

### Revue pertinentes

Beaucoup d'articles s'étant révélés utiles pour ce projet proviennent des revues *Primary Care Psychiatry*, *Primary Care Mental Health*, *Journal of Interprofessional Care*, *Journal of Mental Health*, *Clinical Psychology: Science and Practice et Families, Systems & Health*.

Ces revues ne sont pas toutes répertoriées dans MEDLINE, mais elles sont disponibles dans d'autres bases de données, notamment CINAHL.

### Littérature grise

La recherche a intégré également la littérature grise (documents d'orientation, rapports, articles et résumés) provenant d'organisations pertinentes, qui est généralement considérée comme non scientifique. Cette documentation a été trouvée à l'aide de Google. Les membres de l'équipe affectés à ce projet ont trouvé les sites Internet en entrant séparément les mots clés « multidisciplinaire », « interdisciplinaire »,

La recherche de documentation en ligne a été effectuée à l'aide de bases de données médicales et d'autres bases de données connexes.

Beaucoup de revues contiennent de l'information utile sur les soins axés sur la collaboration.

« interprofessionnel » et « réforme des soins primaires » dans les champs de recherche de chacun des sites. Des recherches ont été effectuées dans les sites suivants : Santé Canada, ministères de la Santé et de l'Éducation de chaque province ou territoire canadien, Organisation mondiale de la Santé, National Department of Health and Human Services (Australie), Department of Health and Human Services, National Institutes of Health (É.-U.), Ministry of Health (Nouvelle-Zélande) et Department of Health (Royaume-Uni).

### **Choix des articles**

Chaque élément de la liste de références et d'extraits a été revu par l'auteur et le personnel du projet quand c'était possible afin de déterminer la pertinence d'en approfondir l'examen, selon la mesure dans laquelle il reflétait les principes du Cadre de travail de l'ICCSM. D'autres articles ont été suggérés après une recherche manuelle des articles jugés pertinents pour la bibliographie. Les études étaient choisies pour un examen plus en profondeur lorsqu'elles traitaient du recours à la collaboration dans la prestation de soins de santé mentale en contexte de soins primaires. Les articles ont ensuite été comparés à ceux utilisés dans le document *Le partage des soins de santé mentale, une bibliographie et une vue d'ensemble* (Craven et Bland, 2002) afin d'éviter les chevauchements. Dans certains cas, des articles publiés avant 2000 ont été inclus dans la présente bibliographie s'ils ne l'avaient pas été dans la première et qu'ils étaient pertinents dans le Cadre de travail de l'ICCSM. La liste de tous les documents clés peut être obtenue de l'ICCSM.

### **Limites de la recherche**

Les limites de la recherche doivent être reconnues. Les mots clés et les descripteurs ont été choisis pour orienter la recherche sur les documents traitant directement des professionnels qui collaborent pour offrir des soins de santé mentale. L'absence d'une terminologie commune et largement acceptée dans ce domaine (voir le chapitre 2) augmente la probabilité que la recherche soit passée à côté de documents répertoriés sous d'autres rubriques ou dans des revues spécialisées non incluses dans le processus de recherche.

### **Organisation de la bibliographie**

Les documents pertinents sont présentés selon les sujets du Cadre de travail de l'ICCSM, à partir du centre vers l'extérieur. Le chapitre 2 s'attarde aux philosophies qui soutiennent les objectifs des soins axés sur la collaboration, l'intégration de ces soins dans un continuum plus vaste

La liste des articles est fournie à la fin de ce rapport.

de soins de santé et l'ensemble des groupes d'utilisateurs pour lesquels ces soins sont profitables. Le chapitre 3 traite des éléments fondamentaux : politiques et législation, financement, recherche et communauté. Le chapitre 4 présente la documentation traitant d'un système centré sur l'utilisateur – exemples de la participation des utilisateurs aux nombreux aspects des soins axés sur la collaboration et de méthodes d'intégration des soins dans les populations ayant des besoins spéciaux. Le chapitre 5 traite des problèmes liés à l'accessibilité, y compris des raisons d'intégrer la santé mentale aux soins primaires, des cadres de travail théoriques pour cette intégration et des modèles spécifiques. Les questions relatives à la richesse de la collaboration sont soulevées dans le chapitre 6, qui couvre des sujets comme les démarches des équipes, les éléments clés, la participation des disciplines, la formation et l'éducation. Les structures de collaboration sont examinées dans le chapitre 7, c'est-à-dire les outils de collaboration, les outils de mesure de la collaboration ou de l'intégration et de la satisfaction, les outils ou pratiques qui facilitent la collaboration et les méthodes d'évaluation. L'annexe 1 contient un résumé de chacun des documents inclus dans cette bibliographie.

Cette publication contient la liste de toutes les références, imprimées ou disponibles sur Internet, qui ont été examinées aux fins de la bibliographie. Les articles ou documents accessibles sur le Web apparaissent comme des liens. Des liens vers des extraits (<PubMed><Abstract>) ou la version complète (<Fulltext>) sont inclus quand c'est possible. Dans la version imprimée de cette bibliographie, les liens ne sont pas indiqués, car les adresses sont trop longues.

Les références utilisées dans cette bibliographie qui n'ont pas été examinées ont servi d'information générale dans la discussion sur les soins axés sur la collaboration.



# Chapitre 2 :

## AU CŒUR DES SOINS AXÉS SUR LA COLLABORATION

### MESSAGES CLÉS

- *Les soins de santé mentale axés sur la collaboration sont un secteur en croissance.*
- *Les publications qui traitent de soins de santé mentale axés sur la collaboration évoquent six philosophies qui sous-tendent la prestation de ce genre de soins (soit la séparation du corps et de l'esprit, la médecine psychosomatique, le modèle biopsychosocial, la santé de la population, le modèle de maladie chronique et le paradigme de rétablissement). La connaissance des paradigmes personnel et professionnel joue un rôle important dans l'élaboration de soins de santé mentale axés sur la collaboration, car les praticiens doivent en arriver à partager les mêmes croyances et objectifs pour mettre au point un programme de collaboration.*
- *Dans le cadre de travail basé sur la population, l'intégration horizontale et verticale peut améliorer la santé mentale de la population. L'intégration horizontale permet à un grand nombre d'utilisateurs de profiter d'une vaste gamme de services de santé mentale génériques, tandis que, dans l'intégration verticale, les services sont conçus pour des sous-populations spécifiques des contextes de soins primaires. Idéalement, les services intégrés atteignent leur plein rendement lorsque l'intégration horizontale est en équilibre avec l'intégration verticale.*
- *Selon les preuves épidémiologiques, des soins de santé mentale axés sur la collaboration seraient profitables à la plus grande partie de la population puisque la plupart des gens qui ont des besoins en santé mentale se présentent dans des établissements de soins primaires; l'ampleur de ces besoins rend nécessaires les soins de santé mentale axés sur la collaboration. De plus, aucun pays ne compte suffisamment de spécialistes pour traiter tous les utilisateurs qui ont des problèmes de santé mentale : les coûts sociaux et individuels associés au fardeau des troubles mentaux sont trop importants pour être ignorés par quelque pays que ce soit.*

Ce chapitre commence avec l'utilisateur, qui est au centre du Cadre de travail de l'ICCSM. La documentation présentée est théorique ou plutôt historique; elle explique la terminologie ainsi que les paradigmes qui façonnent ce secteur, et leur application pour un plus vaste éventail de personnes. La recherche documentaire n'a toutefois pas révélé les paradigmes de toutes les disciplines pouvant participer aux soins axés sur la collaboration.

## Compréhension de la terminologie

Après avoir lu l'information réunie dans cette bibliographie, les lecteurs auront sans doute l'impression que l'intérêt envers les soins de santé mentale axés sur la collaboration est en croissance, et qu'il y a autant de façons d'offrir ces soins qu'il y a de systèmes de santé dans le monde.

Les soins axés sur la collaboration portent plusieurs noms ou étiquettes :

- ∞ Soins partagés (Kates, 2002).
- ∞ Soins primaires intégrés (Blount, 1998b).
- ∞ Soins de santé comportementale primaires (Mauer/National Council of Community Behavioral Healthcare, 2003).
- ∞ Soins de santé mentale primaires (Nolan et Badger, 2002a).
- ∞ Interface santé mentale/soins primaires (Druss, 2002).

Dans l'introduction de son livre *Integrated primary care*, Blount (1998b) parle de soins de santé mentale intégrés, soulignant la jeunesse relative de ce secteur en développement et son manque de terminologie uniformisée. En fait, la documentation peut prêter à confusion à cause de ce manque d'uniformité : les auteurs utilisent des termes semblables dont le sens diffère légèrement. Blount remarque que le terme « intégré » tend à remplacer « collaboration » comme terme descriptif privilégié. À l'origine, le terme « collaboration » faisait référence à des prestataires œuvrant dans des champs de compétences et des établissements séparés qui décidaient d'unir leurs forces pour enrichir leurs communications. Même si le traitement de la santé mentale était considéré comme une spécialité, les répercussions des problèmes de santé mentale sur la santé physique étaient reconnues. La collaboration avait donc pour but de mieux coordonner le traitement entre les deux. L'intégration implique qu'un même service englobe différents aspects. En contexte de soins intégrés, les soins de santé mentale sont considérés comme un aspect des soins primaires, plutôt que comme un service spécialisé (p. xiv).

L'ICCSM a délibérément opté pour le terme « collaboration » afin de tenir compte de la vaste gamme de possibilités qu'offre ce genre de soins (voir le chapitre 5 sur l'accessibilité) et de la façon dont cette innovation se met en place dans les différents contextes, chacun commençant à des points différents (voir le chapitre 3 sur l'évaluation des besoins et les modèles répondant à ces besoins).

Il n'existe pas de consensus autour de la terminologie.

Distinguer la collaboration de l'intégration.

## Paradigmes et cadres de travail sous-jacents

Un certain nombre de publications donnent un aperçu des soins axés sur la collaboration et traitent des paradigmes et des cadres de travail qui façonnent la prestation de ce genre de soins. La compréhension de ces philosophies fondamentales facilite la compréhension des motifs, des ingrédients et des méthodes associés aux soins axés sur la collaboration, surtout pour ceux qui ne connaissent pas bien la question ou qui viennent de disciplines ou de perspectives différentes. La connaissance des paradigmes déterminants et le fait d'y être exposé permettent de mieux comprendre les différences qui peuvent apparaître en cours de collaboration et de mettre les besoins de chaque partie en perspective (Lorenz et coll., 1999). La présence de paradigmes différents n'est un problème que s'ils s'excluent mutuellement, et les différences qui trouvent leurs origines dans ces paradigmes ne peuvent être résolues que si les prestataires prennent le temps d'examiner les hypothèses sous-jacentes. La reconnaissance et le respect des différences devraient prévenir les luttes de pouvoir entre les collaborateurs.

Au niveau du système, certains auteurs établissent le bien-fondé de changer de paradigme – de regarder au-delà des paradigmes classiques pour adopter une démarche plus holistique qui accroîtrait le potentiel des soins axés sur la collaboration et élargirait la définition des soins primaires. Dans leur discussion sur une nouvelle approche des soins de santé mentale primaires, Gask et Rogers (1998) dépassent le point de vue médical classique concernant les problèmes psychologiques pour incorporer une compréhension des facteurs sociaux et économiques qui contribuent à ces problèmes. Ils placent les soins de santé mentale primaires dans le contexte d'autres ressources de la communauté qui pourraient se révéler utiles pour résoudre les problèmes (voir le chapitre 3 pour obtenir une description plus détaillée). De la même façon, Petersen (2000) soutient un changement de paradigme qui reconnaîtrait le travail émotionnel (traiter la santé mentale des usagers implique un travail émotionnel pour les praticiens) en contexte de soins primaires, en en faisant davantage qu'une question de quantité, comme pourrait le faire valoir le modèle basé sur la population – ce serait plutôt une question de qualité du travail des professionnels traitant des problèmes de santé mentale en contexte de soins primaires.

Trouver un terrain d'entente pour la collaboration.

La séparation du corps et de l'esprit – un paradigme dominant de la médecine.

Les paradigmes plus holistiques des autres professions.

La question de l'intégration – preuves émergentes d'interaction entre les facteurs biomédicaux et psychosociaux dans l'origine de la maladie.

Paradigme mixte.

## La séparation du corps et de l'esprit

Lorenz et ses collaborateurs (1999) retracent l'histoire de la séparation du corps et de l'esprit dans la médecine occidentale. Depuis l'époque des Grecs, la médecine s'est concentrée davantage sur les problèmes du corps que sur ceux de l'esprit. La formation médicale commence généralement par des cours d'anatomie. Les médecins sont formés à penser d'une manière spatiale et structurale, l'organisation des données médicales est plutôt hiérarchique et les événements sont considérés en termes de cause et d'effet. La science empirique domine; il n'y a pas de place pour l'explication personnelle de la maladie. Au fil des siècles dans les cultures occidentales, la religion en tant qu'institution a aligné le mental avec les soins de l'esprit. Ce n'est que récemment que la médecine a commencé à s'intéresser au mental – avec l'avènement de Freud, James et Janet, entre autres psychiatres, psychologues et thérapeutes qui ont étudié la psyché.

En parallèle, les secteurs de l'infirmierie et du travail social ont opté pour une vision plus holistique de la personne – les travailleurs sociaux qui s'occupent des démunis font un lien entre la santé mentale de la personne et ses conditions de vie; les infirmières tiennent compte des besoins émotifs des patients quand elles soignent leurs problèmes physiques. Les paradigmes fondamentaux de ces deux professions n'ont pas intégré la séparation du corps et de l'esprit favorisée par la profession médicale.

## Le modèle biopsychosocial

Griffith (1998) parle avec perspicacité de la relation entre l'expérience psychosociale et la maladie biomédicale. L'histoire de la médecine psychosomatique remonte à très loin, mais elle a été relativement ignorée jusqu'à récemment. Depuis deux décennies, des preuves émergentes indiquent que les facteurs psychosociaux et biomédicaux associés à l'origine et au traitement de la maladie justifient largement les soins de santé mentale intégrés. L'étude de Griffith clarifie les lacunes du concept de séparation du corps et de l'esprit et la nécessité de le transcender à bien des égards – dans notre façon de voir la santé et la maladie, d'organiser et de fournir les soins, de mener la recherche et d'évaluer les résultats.

Engel présente le modèle biopsychosocial qui est essentiel à la médecine familiale (Blount, 1998c; Heldring, 1998). Souvent décrit comme un paradigme mixte, ce modèle met en évidence les trois sphères d'une personne, c'est-à-dire les éléments biologiques, psychologiques et sociaux, et leur interrelation dans la vie de la personne. Les contextes de soins primaires, ou de médecine familiale, deviennent alors l'endroit où l'on peut traiter les usagers souffrant d'un problème ou d'une combinaison de problèmes.



## Le modèle de santé publique ou basé sur la population

Strosahl (1998) place sans hésitation le modèle de soins primaires intégrés au sein des soins de santé de la population, qui jouent un rôle central dans la prestation de soins primaires. Les origines des soins de santé de la population se trouvent dans le point de vue épidémiologique de la planification des services. En mettant l'accent sur les besoins de toute une population, plutôt que sur ceux d'une personne donnée, le modèle de santé basé sur la population pose une question clé : quels besoins de la population sont desservis par ce système de soins? Le but général de ce modèle est la réduction de l'incidence et du fardeau de la maladie dans la population. En traitant un patient, le médecin de premier recours tient compte des usagers qui présentent un cas similaire dans la population que dessert son établissement :

- ✎ Y a-t-il d'autres usagers comme celui-ci qui ne consultent pas pour obtenir des soins?
- ✎ Y a-t-il des différences dans la façon dont les soins sont fournis aux usagers similaires qui entraînent une différence dans les résultats?
- ✎ Comment prévenir ce genre d'état chez les usagers qui présentent des facteurs de risque similaires?
- ✎ Est-il possible de mettre sur pied un modèle de soins pour satisfaire les besoins de cette catégorie d'usagers dans la population desservie?

Selon Strosahl, le modèle de santé basé sur la population dicte la structure et le processus de médecine de premier recours à cause de deux éléments clés : la capacité de rendez-vous (le nombre d'usagers rencontrés) et le taux de roulement des rendez-vous (durée des consultations). La capacité impose de prendre de nombreux courts rendez-vous. Le taux de roulement impose des méthodes de résolution des problèmes axées sur une résolution rapide du problème prioritaire, suivie d'un traitement de deuxième niveau et, si cela ne fonctionne pas, d'un renvoi vers des soins spécialisés.

## Le modèle de soins de longue durée

L'autre cadre de travail qui est utilisé en contexte de soins primaires pour améliorer les résultats des soins est le modèle de soins de longue durée. Dans leur excellente description de ce modèle, Schaefer et Davis (2004) en illustrent l'application par des études de cas, y compris un cas de dépression. Ici, la qualité des soins est assurée par des interactions productives entre les usagers, leurs familles et leurs aidants naturels, et le prestataire unique ou l'équipe de prestataires. Les services et le soutien

Modèle de santé basé sur la population – répondre aux besoins de la population.

Étendre les modèles de soins de longue durée au traitement des troubles de santé mentale.

sont fournis de telle sorte que l'utilisateur soit bien informé de son état et qu'il participe activement à la gestion de son cas. Une bonne gestion exige une connaissance de son propre rôle, ainsi que des croyances et des compétences. Dans leurs interactions avec les usagers, les prestataires arrivent préparés en ayant en main l'information sur l'état clinique de l'utilisateur et les données qui lui sont propres, et en comprenant le rôle qu'ils doivent jouer pour optimiser l'expérience et les résultats pour l'utilisateur.

Ce modèle de soins de longue durée comprend des macroéléments et des microéléments. Au niveau des macroéléments, ce sont les soins de santé et les liaisons avec la communauté qui sont en évidence. Ces macroéléments sont les politiques et la culture du système. Les micro-éléments soulignent l'importance des liaisons entre les usagers et les autres ressources communautaires qui ne sont pas des soins de santé. Les micro-éléments mettent l'accent sur la prestation des soins et incluent un soutien de l'autogestion qui insiste sur le rôle de l'utilisateur dans la prise en charge de sa maladie; la conception d'un système axé sur des soins planifiés et proactifs afin d'assurer l'efficacité des interventions qui appuient les décisions; l'utilisation de mécanismes d'assurance de la qualité tels que des directives de traitement, des protocoles, des aide-mémoire de soins et des ordres permanents; et des systèmes de renseignements cliniques qui contiennent des données sur la population et les usagers, et favorisent l'efficacité des soins.

### **Le paradigme du rétablissement**

Étant donné l'interrelation qui existe entre les soins de santé mentale primaires et spécialisés, il est important de comprendre le paradigme de rétablissement utilisé dans les soins spécialisés. Anthony (2002) ainsi que Jacobson et Greenley (2001), entre autres, font ressortir les principes clés du paradigme du rétablissement, qu'ils définissent en ces termes :

- Un concept ancré dans la croyance fondamentale que les gens peuvent se rétablir de la maladie mentale et mener une vie qui a du sens en dépit de cette maladie.
- Un processus, un état d'être et de devenir – une chose sur laquelle on travaille, ou qui émerge avec le temps.
- Une chose définie par la personne qui y travaille, une chose très personnelle et unique.
- Une chose qui s'obtient par différents moyens et avec l'appui de services cliniques et d'autres services.
- Un processus actif, plutôt que passif, qui respecte tous les droits de la personne.

Mener une vie qui a un sens malgré la maladie mentale – une approche axée sur le rétablissement.

Les principes du rétablissement, quand ils sont appliqués au système de santé mentale communautaire, exigent des changements dans l'attitude et les méthodes des praticiens (Trainor et coll., 2004). L'utilisateur est considéré comme un participant actif au sein d'une communauté qui le soutient. Le but du rétablissement en est surtout un d'autoactualisation. Le traitement clinique et les autres sources de soutien ne sont qu'un aspect de tout ce qui encadre et aide l'utilisateur à se rétablir; la participation de l'utilisateur et son appartenance à la communauté sont le résultat de son autoassistance et de la mise en œuvre d'autres services tels que le soutien en milieu de travail et le soutien des pairs.

### **L'exemple des soins de santé mentale fournis aux Autochtones**

La connaissance et l'intégration des croyances des usagers dans l'élaboration de modèles de collaboration destinés à des groupes particuliers sont essentielles à la réussite de la mise en œuvre du modèle et à l'obtention de résultats positifs. Par exemple, le document de travail sur les soins de santé mentale fournis aux Autochtones (Gow et MacNiven, document de référence interne) commandé par l'ICCSM conclut que les initiatives de collaboration qui s'adressent aux peuples des Premières nations doivent être fondées sur le paradigme de la roue de la médecine. Cette roue est un outil clé pour enseigner aux gens quelle est leur place dans l'univers et leur relation avec toutes choses qui existent, et tout ce qu'ils doivent savoir pour prendre soin d'eux de façon saine et équilibrée. Les Autochtones ont une vision holistique de la santé qui prend ses racines dans la croyance que tout est interconnecté dans la création. Le corps, le mental, les émotions, l'esprit, la personne, la famille et la communauté – toute vie – sont interconnectés. Il est impossible d'être en bonne santé sans reconnaître cette interdépendance et les influences réciproques qu'exercent ces éléments. Le bien-être découle de l'équilibre et de l'harmonie de tous les éléments de la vie personnelle et communautaire.

### **Incidence des systèmes de croyances des cliniciens**

Strosahl (1998) démontre comment les différences dans les systèmes de croyances et les idéologies influent sur le travail des différents cliniciens. Toutes les maladies physiques peuvent être conceptualisées selon un continuum biocomportemental dans lequel les différents aspects de la maladie subissent l'influence des interventions psychosociales et biomédicales. Les médecins, par exemple, excellent dans la recherche d'un processus physiopathologique simple qui relie les symptômes avec une maladie, un processus qui fonctionne bien avec les maladies se situant à l'extrémité biomédicale du continuum. De l'autre côté, les cliniciens qui mettent l'accent sur les aspects psychosociaux (p. ex. les travailleurs

Le succès des soins de santé axés sur la collaboration dépend de la compréhension des paradigmes qui façonnent les croyances des usagers en matière de santé.

L'influence du continuum biocomportemental – la nécessité de mêler les interventions psychosociales, comportementales et médicales.

sociaux) recherchent généralement des modèles d'interaction entre les facteurs psychologiques, familiaux et culturels qui influent sur la maladie et s'attardent davantage à la signification unique de la maladie pour l'utilisateur et sa famille. Cette approche n'a pas beaucoup de succès quand une anomalie anatomique ou physiologique provoque des symptômes qui modifient le comportement de l'utilisateur dans son univers psychosocial. Ces méthodes de résolution des problèmes sont basées sur les systèmes de croyances dans lesquels ces cliniciens sont formés. La perspective biomédicale privilégie la science empirique et ses unités de compréhension sont des catégories diagnostiques. La perspective psychosociale privilégie les aspects personnels et sociaux et tire sa compréhension des récits personnels, familiaux et sociaux. Il est possible que ces cliniciens aient de la difficulté à comprendre les points de vue et les façons de travailler des autres. Dans l'ensemble, leurs méthodes de travail diffèrent passablement.

### **Définir les groupes d'utilisateurs aux fins de la collaboration**

Strosahl (1998) décrit les répercussions d'un cadre de travail basé sur la population dans sa définition des groupes d'utilisateurs qui pourraient profiter des soins axés sur la collaboration. Deux façons d'améliorer la santé de la population ciblée sont inhérentes à cette approche : l'intégration horizontale et verticale. Les services qui répondent aux besoins de santé comportementale de l'ensemble de la population desservie par un contexte de soins primaires sont considérés comme étant intégrés horizontalement. Puisque beaucoup de personnes peuvent profiter de services de santé mentale généraux, ces services sont conçus pour traiter une vaste gamme de problèmes et d'utilisateurs. Selon Strosahl, c'est là l'approche classique des soins de santé mentale fournis en contexte de soins primaires. Des éléments probants appuient l'élargissement de cette approche au traitement des maladies mentales.

Intégration horizontale  
– services de santé  
mentale basés sur les soins  
primaires pour desservir  
une large population.

L'intégration verticale se fait quand des services sont conçus pour des groupes spécifiques en contexte de soins primaires. Les grands consommateurs de soins (que ce soit par la fréquence ou les coûts) tels que les personnes souffrant de dépression, de problèmes comorbides ou complexes, de maladie mentale chronique ou de troubles somatiques sont souvent la clientèle cible. (Voir le chapitre 4 pour connaître les besoins des groupes spécifiques.) Les programmes de soins intégrés verticalement sont conçus pour mettre en place des processus systématiques d'évaluation, de traitement et de suivi afin que des soins plus appropriés soient fournis aux usagers ayant des besoins spécifiques.

Strosahl suggère qu'en tirant profit de toutes les occasions, tant horizontales que verticales, on devrait pouvoir maximiser l'incidence des services intégrés, surtout pour ces trois types de résultats :

1. « Améliorer les résultats cliniques immédiats des soins de santé primaires ou de santé comportementale pour les personnes souffrant de troubles mentaux ou médicaux.
2. Obtenir de meilleurs résultats avec le temps pour les personnes souffrant de troubles médicaux ou mentaux récurrents, chroniques ou progressifs.
3. Limiter les soins et les coûts non nécessaires pour les patients ayant besoin d'un soutien social considérable ou souffrant de problèmes de santé physique ou mentale chroniques ou qui résistent au traitement » (p. 147).

De nombreux articles (p. ex. Strosahl, 1998; Jenkins, 1998; Jenkins et Strathdee, 2000; Druss, 2002; Lorenz et coll., 1999) font ressortir les preuves épidémiologiques qui décrivent les groupes d'usagers qui profitent des soins axés sur la collaboration. La plupart des gens qui souffrent de troubles mentaux (connus et inconnus) se présentent d'abord dans les établissements de soins primaires – une tendance commune à bon nombre de pays et de cultures. L'ampleur de ces besoins est suffisante pour justifier la création de programmes de collaboration en contexte de soins primaires. Les articles de Jenkins (1998) et Jenkins et Strathdee (2000) ajoutent qu'aucun pays n'a suffisamment de spécialistes pour traiter tous les usagers souffrant de troubles mentaux qui auraient avantage à être traités. Étant donné les coûts associés à ce fardeau des troubles mentaux et des problèmes de santé mentale plus légers, il est impensable qu'un pays puisse simplement ignorer ces besoins.

Les deux articles prônent une approche de santé publique pour ce qui est de la prestation de soins de santé mentale à la plupart des usagers souffrant de maladies mentales. Ces personnes doivent être examinées et

Intégration verticale – des soins répondant aux besoins plus grands de certaines sous-populations.

Soins primaires – le premier point de contact de la plupart des gens souffrant de troubles mentaux.

Nombre limité de spécialistes pouvant répondre à tous les besoins de santé mentale de la population.

soignées par des membres non spécialisés des établissements de soins de santé primaires (p. 278). Les raisons d'accroître la capacité de traitement des maladies mentales en contexte de soins primaires diffèrent selon le revenu des pays : dans les pays à faible revenu, il y a peu ou pas de ressources spécialisées, tandis que, dans les pays à revenu plus élevé, la forte prévalence des troubles mentaux exige que des mesures soient prises dans les contextes de soins primaires. De plus, il arrive souvent que les soins spécialisés ne soient pas répartis équitablement entre les régions urbaines et rurales, et ils sont parfois accessibles uniquement aux gens qui peuvent se les payer.

Dans son *Report of a Surgeon general's working meeting on the integration of mental health services and primary care* (U.S. Department of Health and Human Services, 2001), Satcher, alors directeur du service de santé publique des États-Unis, déclare que, bien qu'ils soient déjà débordés par les responsabilités et les demandes du système de santé, les prestataires de soins primaires sont dans une position unique pour gérer l'équipe de santé qui fait en sorte que le système fonctionne pour les patients et leurs familles (p. 2). Il insiste sur l'importance de la santé mentale – définie comme la capacité de la personne d'être fonctionnelle et productive, de s'adapter aux changements de son environnement, de faire face à l'adversité et de tisser des liens positifs avec les autres – pour assurer la santé générale et le bien-être de la personne. La collaboration entre les prestataires de soins primaires et de santé mentale est essentielle pour assurer l'équilibre de la santé. Satcher désigne un certain nombre de groupes qui demandent une attention spéciale, dont les usagers atteints de maladie mentale qui ne se font pas traiter (ce qui représente plus de la moitié des gens souffrant de maladie mentale) et, parmi les gens qui prennent contact avec le système de santé, les usagers qui n'ont pas recours aux services de santé mentale à cause de leur maladie ou des stigmates qui y sont rattachés, ou simplement parce qu'ils ignorent qu'ils souffrent de cette maladie.

### **La place de la collaboration dans le continuum des soins**

Quelle place occupe les soins axés sur la collaboration dans le continuum des soins de santé mentale? Beaucoup d'auteurs situent les soins axés sur la collaboration entre deux structures de soins différentes : la médecine générale ou familiale et les services de santé mentale.

La brève narration de Druss (2002) de la relation entre les soins primaires et de la jonction entre la santé mentale et les soins primaires aux États-Unis permet de mieux comprendre pourquoi les soins ont pris deux chemins séparés et à quel point les obstacles qui s'opposent aux initiatives de soins axés sur la collaboration sont bien enracinés :

La santé mentale – une partie intégrante de la santé générale et du bien-être.

La collaboration est essentielle au traitement efficace et pratique des troubles de santé mentale.

La place des soins axés sur la collaboration dans le continuum des soins de santé.

Les deux solitudes que sont les soins primaires et les soins de santé mentale dans bon nombre de systèmes de soins de santé.

- ∞ En tant que discipline distincte, les soins primaires sont nés d'une réaction à la spécialisation rapide du système de santé. Ils se distinguent par une prestation de soins médicaux primaires et continus, au lieu de soins épisodiques ou spécialisés.
- ∞ La prise en charge des personnes atteintes de maladies mentales chroniques est passée de la communauté aux hôpitaux dans la dernière moitié des années 1880; les institutions publiques ont occupé le devant de la scène jusque dans les années 1950.
- ∞ Le mouvement de santé mentale communautaire, qui a vu le jour dans les années 1950, a cherché à ramener les soins dans la communauté et à un modèle de traitement plus actif qui ne se déroule pas en milieu surveillé.
- ∞ La loi sur les centres communautaires de santé mentale adoptée par les États-Unis en 1963 était considérée comme une politique d'intégration. Elle avait pour but de ramener la santé mentale dans le système de médecine générale, mais cette initiative a échoué à cause d'un manque de financement, de la faiblesse des liens organisationnels avec les hôpitaux généraux et d'une philosophie qui favorisait un modèle social plutôt que médical de la maladie mentale.
- ∞ Dans les hôpitaux généraux, la psychiatrie en consultation-liaison a pris de l'ampleur, mais elle était le reflet d'un système médical plus vaste basé sur des consultations épisodiques plutôt que sur un traitement continu du patient en milieu d'hospitalisation.

Druss (2002) explique également les plus récents développements, dont les soins gérés et leur incidence sur la prestation des soins de santé mentale aux États-Unis. Bien que la méthode des États-Unis en matière de soins gérés ne soit pas caractéristique de celle adoptée par les autres pays, les raisons sous-jacentes à ces soins sont évidentes dans la plupart des systèmes de santé des pays en développement. Les gouvernements doivent se débattre avec des compressions budgétaires, qui sont un thème central des soins gérés. Les coûts associés aux soins de santé ont grimpé avec l'introduction de nouvelles technologies dans des systèmes qui isolent largement leurs travailleurs de ces coûts.

Jenkins et Strathdee (2000) nous rappellent que, même dans les pays riches où les soins spécialisés sont accessibles, il n'y a pas suffisamment de ressources pour répondre aux besoins des gens aux prises avec une maladie mentale grave, et encore moins de ressources supplémentaires aux niveaux secondaire et tertiaire pour traiter les personnes atteintes de troubles mentaux modérés ou émergents. Pendant ce temps, quelle que soit la période de l'année, la plupart des gens ayant des besoins en santé mentale consultent les prestataires de soins primaires. S'ajoutent à

Il n'y a pas de ressources supplémentaires en soins de santé mentale spécialisés pour traiter les troubles légers ou modérés.

Les soins primaires  
contrôlent l'accès aux  
services de santé mentale.

cela les personnes souffrant de maladies chroniques associées à des troubles mentaux concomitants et celles qui ont des symptômes physiques inexplicables – tout cela ne fait que souligner le besoin pressant d'offrir des services de santé mentale en contexte de soins primaires.

Dans le vaste continuum des soins, les soins de santé mentale primaires englobent un certain nombre de fonctions. Miles et Goetz (1999) expliquent le rôle de contrôleur d'accès que jouent les soins primaires dans le système de soins gérés des États-Unis. Ils définissent ce rôle comme un processus de gestion de l'accès. Gask et ses collaborateurs (1997) associent les critères ci-dessous au rôle de contrôleur d'accès des soins primaires dans le modèle de consultation-liaison :

- ∞ Des rencontres face à face se produisent régulièrement entre le psychiatre et l'équipe de soins primaires.
- ∞ Le renvoi vers un service psychiatrique a lieu seulement après discussion du cas lors d'une rencontre face à face.
- ∞ Certains cas sont gérés uniquement par l'équipe de soins primaires (après discussion avec le psychiatre).
- ∞ Après le renvoi, le psychiatre fait part de ses commentaires à l'équipe de soins primaires qui gère le cas.

Lester et ses collaborateurs (2004) se demandent si les efforts déployés récemment par la Grande-Bretagne pour réformer son système de soins primaires et de santé mentale constituent une véritable occasion ou plutôt une menace à l'intégration des soins de santé mentale primaires.

Autre conséquence du développement largement parallèle, et rarement convergent, des soins primaires, la spécialisation de la médecine et de la santé mentale communautaire prédomine dans le point de vue spécialisé qui influe sur les modèles de soins axés sur la collaboration à la jonction des soins primaires et des soins de santé mentale. Les auteurs décrivent quatre modèles :

1. Des équipes de santé mentale communautaires offrant plus de liaisons et d'interventions en situation de crise.
2. Le transfert de cliniques de consultations externes vers des centres de santé où des psychiatres font des consultations.
3. Des travailleurs en santé mentale, généralement des infirmières psychiatriques communautaires, désignés pour travailler avec les personnes souffrant de troubles de santé mentale en contexte de soins primaires.
4. Le modèle de consultation-liaison dans lequel des spécialistes de la santé mentale fournissent des conseils et de l'information aux équipes de soins primaires.

Le continuum des soins  
– mythe ou réalité?



Bien qu'on puisse prétendre que ces modèles font partie d'un continuum auquel les patients peuvent accéder pour trouver réponse à leurs besoins à différents moments de leur maladie, la réalité est que les écarts dans l'accessibilité des ressources locales limitent souvent les prestataires de soins primaires à un seul ou, au mieux, à deux des modèles (Lester et coll., 2004, p. 287).

### Résumé du chapitre

Ces points récapitulatifs sont au cœur des soins axés sur la collaboration :

- ✎ Les publications sur les soins de santé mentale axés sur la collaboration traitent de six philosophies qui sous-tendent la prestation de ce genre de soins. La connaissance des paradigmes personnel et professionnel joue un rôle important dans l'élaboration de soins de santé axés sur la collaboration, car les praticiens doivent en arriver à partager les mêmes croyances et objectifs pour mettre au point un programme de collaboration.
- ✎ Dans le cadre de travail basé sur la population, l'intégration horizontale et verticale peut améliorer la santé mentale de la population.
- ✎ Selon les preuves épidémiologiques, des soins de santé mentale axés sur la collaboration devraient être profitables à la plus grande partie de la population.



## Chapitre 3 :

# ÉLÉMENTS FONDAMENTAUX DE LA STRUCTURE DES SOINS DE SANTÉ MENTALE AXÉS SUR LA COLLABORATION

## MESSAGES CLÉS

- *Le soutien de l'infrastructure est nécessaire pour intégrer les soins axés sur la collaboration dans les systèmes de santé généraux.*
- *Les politiques sont nécessaires pour assurer que les systèmes de santé définissent et intègrent les soins axés sur la collaboration de façon systématique afin de répondre aux besoins des usagers souffrant de troubles mentaux communs.*
- *Les soins axés sur la collaboration doivent être fondés sur des éléments probants qui s'appuient sur la recherche.*
- *Le financement et les incitatifs financiers sont nécessaires pour inciter les prestataires des différentes disciplines à participer aux programmes de collaboration.*
- *Les besoins de la communauté sont au cœur de la création de programmes de collaboration.*

Ce chapitre présente un sommaire de la documentation récente qui traite des éléments fondamentaux se trouvant dans le cercle extérieur du Cadre de travail en soins de santé mentale axés sur la collaboration de l'ICCSM (figure 1) : politiques et législation, structures de financement, recherche basée sur des données probantes et besoins de la communauté.

## Politiques

Sans le soutien des responsables des politiques et des organismes de financement, et la création de politiques nationales, provinciales et locales, la mise en œuvre de services de santé intégrés, comme des soins de santé mentale primaires, n'est peut-être pas viable à long terme. L'intégration des services de santé primaires et de santé mentale peut sembler évidente pour ceux qui y participent déjà, mais elle a souvent besoin de l'appui des responsables des politiques et des organismes de financement, ainsi que de la mise en application de politiques nationales, provinciales et locales, pour être viable à long terme.

Les politiques doivent appuyer la mission et la mise en œuvre des soins axés sur la collaboration dans un système de soins de santé.

Les politiques sont un élément clé dans la mission et la mise en œuvre des soins axés sur la collaboration.

## Réforme internationale

Beaucoup d'auteurs se sont penchés sur la voie de développement qu'ont empruntée différents pays pour intégrer les soins axés sur la collaboration dans leur système de santé général. Hickie et Groom (2002) décrivent les principales caractéristiques de la réforme des services de santé mentale axée sur les soins primaires entreprise en Australie. Nolan et Badger (2002a) ainsi que Lester et ses collaborateurs (2004) expliquent les récents progrès de l'intégration des soins de santé mentale primaires en Angleterre, tandis que Mann et ses collaborateurs (1998) décrivent la situation que vivait ce pays à la fin des années 1990. Grâce à une planification systématique, les gouvernements de ces pays ont élaboré une politique de santé mentale nationale visant à offrir des services de santé mentale en contexte de soins primaires aux personnes atteintes de maladies mentales communes.

À l'échelle internationale, la Déclaration d'Alma-Ata de 1983 de l'Organisation mondiale de la Santé a donné l'élan à l'intégration des soins de santé mentale et des soins primaires, un sujet qui dominait les discussions depuis deux décennies (Jenkins, 1998; Jenkins et Strathdee, 2000). Bien que la question ait été étudiée aussi bien par les pays riches que par les pays pauvres, certains des modèles de soins de santé mentale intégrés les plus évolués se trouvent dans des pays à faible revenu, où l'organisation et l'élaboration des soins ont été alignées sur l'OMS et sur la mise en place d'un paradigme de santé publique (Jenkins et Strathdee, 2002).

## Appui à un changement de paradigme

Les politiques des pays en développement favorisent l'intégration de la santé mentale aux soins de santé primaires, car, s'il existe généralement un certain cadre de travail pour les soins primaires, il n'y a généralement pas ou peu de soins spécialisés ou de structure pour les appuyer (Jenkins, 1998). Si le but est d'intégrer complètement les services de santé mentale aux soins primaires, un changement de paradigme sera nécessaire, même dans les pays en développement, car un certain nombre de facteurs dans le système de soins de santé primaires, et dans l'ensemble du système de santé, soutiennent la prestation de soins biomédicaux (Petersen, 2000). Ce changement de paradigme exige une transformation du système de soins de santé primaires à bien des égards pour assurer que les soins primaires répondent à ces caractéristiques :

- ☞ Soutien à tous les professionnels de la santé pour maintenir l'équilibre entre la vie personnelle et le travail et l'autogestion des soins.

Depuis 1983, l'Organisation mondiale de la Santé met l'accent sur l'intégration des soins primaires et de santé mentale.

Les objectifs des politiques varient selon la nature des systèmes de santé nationaux et locaux.

Les politiques doivent soutenir le changement de paradigme vers des soins axés sur la collaboration.

- ∞ Promotion systématique de la santé.
- ∞ Responsabilisation des usagers.
- ∞ Soins de soutien qui tiennent compte de la subjectivité découlant de l'expérience de la maladie de l'utilisateur.

Dans leur revue des récents efforts d'intégration de l'Afrique du Sud, Swartz et MacGregor (2002) recommandent la prudence dans la mise en application de cette politique. L'équilibre est particulièrement important avec les groupes spéciaux, comme ceux qui souffrent de maladies mentales graves. Swartz et MacGregor expliquent que sans le changement de paradigme décrit par Petersen, les besoins de ces usagers ne seront pas satisfaits dans un système de soins de santé mentale primaires réformé qui vise surtout à réduire le fardeau de la maladie mentale pour la plus grande partie de la population. Jenkins et ses collègues (Jenkins, 1998; Jenkins et Strathdee, 2000) confirment ce défi et demandent que soient instaurées des politiques nationales qui tiennent compte de toute la gamme des besoins.

### Éléments essentiels des politiques de soins de santé mentale primaires

Les politiques relatives aux soins de santé mentale primaires doivent tenir compte de ces éléments essentiels (Jenkins, 1998) :

- ∞ Comment seront soignés les troubles mentaux communs?
- ∞ Qui sera responsable de l'évaluation, du diagnostic et de la prise en charge des troubles mentaux communs?
- ∞ Comment les normes de qualité des interventions, des processus et des résultats seront-elles surveillées?
- ∞ Quelles sont les répercussions pour le perfectionnement et la formation de la main-d'œuvre?
- ∞ Comment les services seront-ils commandés?

### Facteurs contextuels influant sur les politiques

Deux articles récents (Jenkins et Strathdee, 2000; Bazelon Center, 2004) ont cerné les facteurs contextuels ayant une incidence sur les politiques de soins de santé mentale primaires : prestation des services, structures, accessibilité, financement, surveillance, assurance de la qualité, formation et éducation, lois sur la protection de la vie privée, questions des usagers, communications des organismes gouvernementaux et financement national.

Les politiques en matière de soins axés sur la collaboration doivent rechercher l'équilibre entre les besoins de la population et ceux des groupes spéciaux.

Ces éléments essentiels doivent faire partie des politiques de soins de santé mentale primaires.

Les politiques doivent tenir compte des facteurs contextuels.

### *Prestation des services*

Les politiques en matière de soins axés sur la collaboration doivent tenir compte de la façon dont se fait l'intégration clinique des soins (Bazelon Center, 2004).

### *Structures*

Les politiques doivent être fondées sur la connaissance de tous les aspects des systèmes de soins primaires et de santé mentale existants, y compris la dotation en personnel, la formation de base et continue de chaque groupe professionnel, les systèmes de collecte de données, la prestation de soins spécialisés, la mesure dans laquelle le système est passé d'un système hospitalier à un système communautaire et les détails organisationnels de chaque système (p. ex. qui est en première ligne pour recevoir les usagers). Les politiques doivent également déterminer dans quelle mesure les soins primaires serviront de contrôleur d'accès aux soins spécialisés quand les systèmes sont séparés. Les politiques doivent traiter l'intégration différemment dans le cas des groupes spéciaux pour qu'elle soit réussie (Jenkins et Strathdee, 2000; Bazelon Center, 2004).

### *Accessibilité*

Le degré de difficulté pour les usagers d'obtenir les soins doit être pris en compte. Des subventions au transport peuvent être nécessaires (Jenkins et Strathdee, 2000).

### *Financement*

Les politiques doivent prévoir un soutien financier pour l'intégration clinique. La modification du financement ne peut pas à elle seule entraîner l'intégration des soins (Bazelon Center, 2004). Les structures salariales qui soutiennent la prestation de services cliniques, la planification stratégique et l'élaboration de programmes devraient également être prises en compte (Jenkins et Strathdee, 2000).

### *Surveillance*

Des normes doivent être établies et surveillées. La surveillance dépend de l'accès à des données de qualité. Les politiques devraient exiger des évaluations indépendantes des coûts et des profits trois ans après la mise en œuvre (Bazelon Center, 2004).

### *Assurance de la qualité*

Des mesures financières et de reconnaissance visant à promouvoir l'intégration des soins devraient être examinées, notamment : sondage

des usagers pour savoir ce qu'ils pensent des soins intégrés et connaître leurs préférences, sondage des prestataires, révision de la charte afin de permettre l'échange d'information sur les usagers, communications entre les professionnels, reconnaissance des gens qui prennent des médicaments à la fois pour des problèmes physiques et mentaux, ainsi que des gros utilisateurs de services (Bazelon Center, 2004).

#### *Formation et éducation*

Les politiques devraient également être fondées sur une bonne compréhension de la formation de base que reçoivent les professionnels de chaque niveau de soins, et en particulier au niveau des soins primaires, et du degré d'accessibilité de la formation et de l'éducation. Ces mêmes questions devraient être posées pour la formation continue (Jenkins et Strathdee, 2000). Des activités pourraient pallier le manque de formation pour les disciplines participant à l'intégration des soins de santé mentale primaires, comme par exemple des conférences annuelles et des rencontres locales annuelles (Bazelon Center, 2004).

#### *Lois sur la protection de la vie privée*

Les lois sur la protection de la vie privée doivent être bien comprises et des processus appropriés doivent être mis en place pour assurer la confidentialité des renseignements. Les mesures prises devraient inclure l'obtention de la permission de l'utilisateur par des discussions documentées et des formulaires d'autorisation appropriés, le partage des limites concernant la divulgation de l'information, l'autorisation d'informer les prestataires de soins de santé mentale lorsqu'un usager donne suite à un renvoi vers des services spécialisés, le non-envoi de dossiers à une tierce partie sans autorisation et la protection des données électroniques en utilisant de façon sécuritaire la transmission par télécopieur et par courriel et le cryptage des données (Bazelon Center, 2004).

#### *Questions des usagers*

Les politiques devraient prévoir une formation basée sur la communication pour les usagers afin qu'ils puissent prendre pleinement conscience des liens qui existent entre la santé mentale et les soins primaires (Bazelon Center, 2004). Ils ont besoin d'éducation et de formation pour s'affirmer davantage devant les prestataires de soins et apprendre des techniques d'autogestion des maladies physiques et mentales. Les politiques devraient favoriser la création de matériel éducatif utilisant différents médias, comme par exemple les sites Web.

### *Communications des organismes gouvernementaux*

Il existe de nombreux obstacles au sein des gouvernements régionaux, notamment le manque d'intégration des politiques de la santé et des autres politiques connexes, comme celles du bien-être social et du logement (Jenkins et Strathdee, 2000; Bazelon Center, 2004).

### *Financement national*

Le financement national, par le biais d'investissements ciblés, la fourniture de ressources techniques et d'expertise et le financement visant à améliorer l'infrastructure des programmes et des organismes (p. ex. les systèmes de données sur les clients, les dossiers médicaux électroniques) devraient être augmentés pour promouvoir l'intégration des soins dans les systèmes provinciaux ou fédéraux (Bazelon Center, 2004).

## Recherche

Comme dans toute nouvelle méthode de prestation de services, la recherche est à la fois un point de départ et un aboutissement dans la légitimation des soins axés sur la collaboration.

### **Les premières recherches**

La première question qu'on pose dans un secteur émergent est la suivante : qu'est-ce qui fonctionne? Au début, le secteur des soins primaires s'est surtout concentré sur la découverte de traitements efficaces pour la maladie mentale, et l'accent était mis sur les actions des médecins. Plus précisément, les premières études, surtout celles sur la dépression, ont évalué la capacité des médecins de dépister et de gérer les problèmes de santé mentale. Selon Callahan (2001), les efforts visaient à améliorer les connaissances et l'attitude des médecins par l'éducation, ce qui, pensait-on, devait améliorer les résultats pour les usagers. Dans l'ensemble, les études ont démontré que l'éducation était nécessaire, mais pas suffisante pour changer le processus de soins.

### **Les limites des premières recherches**

Gask et Rogers (1998) attirent l'attention sur les limites qui ont caractérisé les premières recherches sur les soins de santé mentale primaires :

- ∞ Le point de départ consistait à trouver parmi les soins secondaires les traitements de la maladie mentale pouvant être adaptés au contexte de soins primaires.

Des éléments probants doivent être établis pour les soins axés sur la collaboration.

Les questions de recherche évoluent.

Les premières recherches en santé mentale avaient des limites.



- ∞ Les mécanismes de diagnostic mis au point dans les contextes de soins secondaires, un principe à la base des soins de santé mentale primaires, sont souvent inutilisables pour les problèmes de santé mentale rencontrés en contexte de soins primaires.
- ∞ L'approche distincte qu'utilise la médecine occidentale en matière de soins de santé mentale primaires a entraîné l'utilisation de critères très restrictifs pour définir les maladies mentales graves. Le fait de ne pas répondre aux critères qui définissent une maladie mentale grave implique que les autres conditions ou problèmes ne sont pas graves, ce qui entraîne une sous-estimation du degré et de la nature à long terme de la détresse psychologique associée à bon nombre des troubles mentaux que présentent les usagers examinés en contexte de soins primaires. Les auteurs soutiennent que cette hypothèse tend à réduire la portée de la réaction aux problèmes de santé mentale en contexte de soins primaires, de la façon dont ils sont examinés par la recherche, ainsi que la définition des besoins en santé mentale.

### **Les limites de la recherche médicale classique**

Un certain nombre d'auteurs réfléchissent aux limites de la recherche médicale classique :

- ∞ Les critères d'inclusion des essais cliniques à répartition aléatoire sont extrêmement ciblés ou trop restrictifs (Churchill et McGuire, 1998; Schwenk, 2002; Blount, 2003). En fait, la plupart de ces essais visent des groupes précis, ce qui fait que les études fournissent des éléments de preuve pour des services ciblés (Blount, 2003).
- ∞ La recherche sur l'utilisation des psychothérapies en contexte de soins de santé mentale primaires est polarisée (Friedli et King, 1998). Les promoteurs des essais cliniques à répartition aléatoire adhèrent au principe d'une évaluation aléatoire de ces traitements (comme le font d'autres secteurs de la médecine), tandis que d'autres prétendent que seul le processus de psychothérapie peut être évalué. Il n'est ni raisonnable ni réalisable d'espérer des usagers et des prestataires qu'ils vont demeurer aveugles à la nature de l'intervention puisque la collaboration de l'utilisateur est encore plus essentielle dans ces essais que dans les essais de médicaments, et que les préférences du patient ont des répercussions connues sur les variables de l'essai.
- ∞ Une concentration exclusive sur une hypothèse médicale est trop restreinte, en plus de nier d'autres facteurs sociaux et

psychologiques réels et pertinents. Une modélisation plus complexe est requise lorsque les recherches sont encadrées (Martin, 2003).

- Les études d'efficacité donnent des résultats ciblés qui s'appliquent à des contextes et des groupes de patients restreints. Ces résultats ne se transposent pas toujours aisément dans les contextes de pratique véritable (U.S. Department of Health and Human Services, 2001; Gask et Rogers, 1998).
- De façon générale, les spécialistes effectuent des essais en milieux cliniques, ce qui limite les sortes de professionnels qui participent à la recherche (Caan, 1998).

### Objectif plus large des récentes recherches

Callahan (2001) trouve qu'il y a eu suffisamment de recherches à ce jour pour que les nouvelles recherches s'orientent davantage vers le système de soins, plutôt que sur le seul professionnel, à savoir le médecin. En fait, l'inclusion de pratiques axées sur la collaboration dans les études a fait progresser les objectifs du secteur en appuyant la participation d'autres professionnels et en suggérant d'autres interventions que l'éducation.

Gask et Rogers (1998) s'entendent pour dire que la recherche doit commencer par un examen plus large des paradigmes inhérents aux soins axés sur la collaboration et intégrés (voir le chapitre 2 pour connaître ces paradigmes) pour vraiment capturer l'essence des soins offerts dans ces deux modèles. Dans leur discussion sur la réalisation d'une vision de la santé mentale basée sur la santé publique, Gallo et Coyne (2002) laissent entendre que l'objectif de la recherche n'est plus tellement de savoir si cela fonctionne, mais pourquoi cela fonctionne, pour qui et dans quelles circonstances.

L'importance de la participation des usagers et de leurs familles à titre de partenaires de recherche a également été soulignée (U.S. Department of Health and Human Services, 2001). Les possibilités que présente cette collaboration sont surtout évidentes quand la recherche a pour but de mesurer la qualité et les résultats (p. ex. la satisfaction des usagers et de leurs familles par rapport aux services). Gask et Rogers (1998) soulignent également la nécessité de ne plus considérer les usagers comme de simples bénéficiaires de services, car ils (ainsi que leurs familles) jouent souvent le rôle de prestataire ou de coprestataire de soins. Ainsi, l'opinion et l'expérience des usagers et de leurs familles concernant les soins de santé mentale primaires doivent faire partie intégrante d'une recherche approfondie sur les soins axés sur la collaboration.

La recherche devrait désormais s'orienter sur le système de soins, plutôt que sur les soins d'une seule discipline.

La recherche doit désormais débiter par une plus vaste perspective des soins axés sur la collaboration.

Les usagers et leurs familles sont des partenaires de recherche.

## La nécessité des recherches sur l'efficience

L'ancien directeur du service de santé publique des États-Unis, Satcher (U.S. Department of Health and Human Services, 2001), ainsi que Gask et Rogers (1998) demandent que les études portent désormais sur l'efficience plutôt que sur l'efficacité et qu'elles se concentrent sur les résultats des pratiques véritables. Ce changement ferait davantage ressortir l'hétérogénéité et la diversité des usagers, la comorbidité de leurs maladies et le défi que pose le suivi des résultats. Satcher remarque que, sauf dans le cas de la dépression, les recherches sur la création ou l'évaluation de programmes intégrant la santé mentale et les soins primaires sont plutôt rares. Jenkins (1998) en arrive à la même conclusion concernant la recherche internationale et il recommande de financer l'évaluation des différents systèmes que les soins primaires utilisent pour aborder les problèmes de santé mentale.

Ce passage des simples essais d'efficacité aux essais d'effet utile exige qu'on accorde une plus grande attention à la méthodologie de recherche. Sturm et ses collaborateurs (1999) recommandent aux chercheurs de faire attention à la taille de l'échantillon et à l'efficacité statistique. Dans les essais cliniques à répartition aléatoire, les petits échantillons (moins de 100 sujets) sont souvent suffisants pour détecter les différences dans les symptômes cliniques. Par contre, l'étude des grands changements de la qualité de vie liée à la santé nécessite plusieurs centaines de sujets, et les études sur les coûts exigent des échantillons comptant des milliers de sujets. « L'estimation des effets sur les mesures plus vastes des résultats pour la santé ou sur les coûts est plus difficile et nous avons beaucoup moins d'expérience avec ces mesures... Nous croyons que la tendance vers des études portant sur les résultats pour la santé, les coûts ou la rentabilité n'est pas accompagnée par les changements de méthodologie qui permettraient aux chercheurs d'aborder ces questions avec suffisamment de précision statistique » (p. 282). De nouveaux modèles d'étude pourraient être nécessaires, ainsi que du financement pour des modèles alternatifs.

## Le besoin de mesures de résultats plus vastes

La question de la mesure des résultats doit aussi être réexaminée. Dans leur discussion sur la psychothérapie en contexte de soins de santé mentale primaires, Friedli et King (1998) laissent entendre que les variables des résultats doivent être prises en compte dans les processus psychologiques complexes, tout en étant assez simples pour une utilisation élargie. Mann et ses collaborateurs (1998) ainsi que Mann et Tylee (1998) recommandent l'utilisation de mesures plus objectives et évoluées permettant d'étudier les changements dans les pratiques et les résultats

Le moment est venu d'étudier l'efficience plutôt que l'efficacité.

La recherche doit se concentrer sur les pratiques véritables.

De nouveaux modèles de recherche, ou des modèles plus rigoureux, sont requis.

Les résultats de la collaboration doivent être conceptualisés à une plus vaste échelle.

(p. ex. de capter les véritables changements) en contexte de soins de santé mentale primaires. Là encore, ces changements exigent des chercheurs qu'ils aillent au-delà des situations et des traitements immédiats afin de réfléchir aux influences et facteurs plus vastes qui interviennent. Cela rend la recherche plus difficile, mais les résultats seront sans doute plus pertinents pour les pratiques véritables. Blount (2003) laisse entendre que les chercheurs ont tendance à s'arrêter uniquement aux effets qui intéressent le plus leur auditoire cible, notamment :

- ∞ accès amélioré aux services de santé mentale;
- ∞ plus grande satisfaction de la clientèle par rapport aux services médicaux;
- ∞ plus grande satisfaction des prestataires;
- ∞ respect accru des traitements de la part des usagers;
- ∞ résultats cliniques améliorés pour les usagers;
- ∞ amélioration continue des résultats cliniques;
- ∞ rentabilité accrue de la prestation des services;
- ∞ compensation des coûts médicaux par l'ajout de services de santé comportementale.

### **Les autres limites de la recherche**

Trois autres limites de la recherche ont fait l'objet de discussions. Caan (1998) suggère que le nombre de chercheurs qui s'intéressent à la santé mentale en contexte de soins primaires est insuffisant et il recommande la création d'autres programmes pour former de tels chercheurs et le recrutement de plus de chercheurs universitaires ayant déjà une expérience de la recherche en soins primaires. Afin de contrer la pénurie de partenariats de recherche dans les études préliminaires, il faut davantage d'études multidisciplinaires et interdisciplinaires sur les soins axés sur la collaboration (U.S. Department of Health and Human Services, 2001; Gask et Rogers, 1998; Caan, 1998; Martin, 2003).

Blount (1998a) ainsi que Gask et Rogers (1998) remettent en question l'hypothèse selon laquelle la recherche n'est légitime que si elle est effectuée dans des centres de formation régis par des facultés de médecine. Selon Patterson et ses collaborateurs (1998), les innovations en soins de santé mentale intégrés se produisent à une telle vitesse dans les contextes de pratique réelle que les chercheurs universitaires doivent s'informer de ce qui se passe sur le terrain et former leurs étudiants de telle sorte qu'ils puissent travailler dans des contextes de soins intégrés. Gask et Rogers (1998) prétendent que les soins primaires sont le contexte dans lequel les interventions en santé mentale qui ne dépendent pas de professionnels

Les défis actuels sont le manque de chercheurs et de crédibilité et la difficulté de suivre les progrès de ce secteur.

en soins primaires sont le plus susceptibles d'être élaborées et mesurées avec efficacité.

### **Le besoin d'avoir des recherches qualitatives et quantitatives**

Miller et ses collaborateurs (2003) prônent le recours à des modèles de recherche qualitatifs pour bien cerner les interventions complexes et à multiples facettes qui ont lieu en contexte de soins axés sur la collaboration. Avec l'aide de groupes de discussion, ils ont évalué le processus de soins dans une clinique de soins primaires intégrés pour anciens combattants souffrant de troubles psychiatriques graves et ils ont découvert que ces méthodes permettent de démêler efficacement les interventions à multiples facettes dont les gens profitent.

La recherche devrait utiliser des méthodes qualitatives et quantitatives.

### **Les recommandations générales**

Dans l'ensemble, l'examen de la documentation a mis au jour de nombreuses recommandations concernant la recherche et le développement de soins de santé mentale intégrés.

Un nouveau paradigme est requis. Les soins de santé mentale primaires sont fournis par toutes sortes de professionnels possédant une vaste gamme de compétences. Cette information doit être incluse dans le programme de recherche (Gask et Rogers, 1998).

On trouve différents degrés d'intégration des soins parmi les nombreux modèles (Blount, 2003).

La définition des soins de santé mentale primaires doit être élargie pour inclure toute la gamme des ressources pertinentes. Une définition plus inclusive est requise pour incorporer les facteurs sociaux et économiques déterminants de la détresse psychologique dans la communauté, et cette définition devrait inclure également les soins primaires informels et moins visibles fournis par les non-professionnels de la communauté (Gask et Rogers, 1998).

Des interventions novatrices, brèves et efficaces, qui sont plus que des adaptations des traitements et méthodes élaborés dans les contextes de soins de santé mentale spécialisés, devraient être basées sur le fait que les usagers souffrant de problèmes de santé mentale qui se présentent dans un contexte de soins primaires sont différents de ceux qui ont recours à des soins secondaires, tout comme le sont les professionnels qui pratiquent en contexte de soins primaires (Gask et Rogers, 1998).

D'autres recherches doivent être effectuées pour déterminer les soins les plus appropriés pour les usagers des soins primaires et secondaires (Gask et Rogers, 1998), et explorer l'utilisation des soins progressifs.

Les recommandations sont nombreuses en matière de recherche.

La recherche doit tenir compte de la relation entre les soins de santé mentale primaires et la communauté autant, sinon plus, que de leur relation avec les soins de santé mentale secondaires (Gask et Rogers, 1998).

La recherche sur les soins primaires qui tient compte de la santé mentale et de la maladie mentale devrait s'étendre à la promotion de la santé mentale et aux activités de prévention (Jenkins, 1998; Murray et Jenkins, 1998).

Une recherche transdisciplinaire doit être faite (Martin, 2003). Menée par différentes disciplines qui collaborent pour trouver de nouvelles solutions aux complexes réformes des soins primaires, y compris des soins de santé mentale primaires, la recherche transdisciplinaire doit comprendre les facteurs ci-dessous :

- ∞ Une modélisation complexe qui reconnaît la dynamique, la complexité et la non-linéarité des systèmes biologiques et humains.
- ∞ Un système de valeurs qui favorise la recherche qui synthétise les résultats et les transpose dans des situations réelles, au lieu de se limiter aux résultats théoriques; qui fait participer activement les sujets de la recherche; et qui respecte les différentes traditions des chercheurs.
- ∞ Un modèle de recherche soigneusement conçu pour en arriver à une compréhension dynamique et à multiples facettes du problème; des processus explicites permettant de comprendre et de mettre en question des hypothèses sous-jacentes; et de nouvelles hiérarchies de preuves.
- ∞ La création de rôles transdisciplinaires pour une variété de professionnels, y compris les médecins de famille.

Il est nécessaire de changer le paradigme scientifique qui cherche à isoler les traitements et à les mettre à l'essai sans reconnaître les facteurs liés au système contre un modèle d'équilibre intermittent qui saisit l'échange dynamique entre la recherche et la pratique – entre les situations idéales et les contraintes du monde réel (Druss, 2002). Les facteurs liés au système sont pertinents dans ce modèle d'équilibre, car ils déterminent l'applicabilité d'une intervention et les modifications devant lui être apportées.

## Le rôle de la pratique fondée sur l'expérience clinique

Les questions relatives à la pratique fondée sur l'expérience clinique en contexte de soins de santé mentale primaires sont également soulevées dans la documentation. Bien qu'aucune étude définitive n'établisse clairement les meilleures pratiques en matière de soins axés sur la collaboration, les études sont, par extension de toute la recherche médicale, orientées vers ce genre de résultats. La pratique fondée sur l'expérience clinique permet d'offrir des soins appropriés, éprouvés et rentables, pendant la période qui convient, et selon les besoins de la personne (Goldman et coll., 2001). L'expérience clinique vient de l'accumulation de résultats de recherche rigoureux qui font ressortir les résultats efficaces pour les personnes traitées. L'argument selon lequel les soins devraient être fondés sur l'expérience clinique se divise en deux aspects clés : les soins devraient être d'une qualité précise (des résultats positifs obtenus par des méthodes rentables) et être justifiés (adhésion documentée à une pratique fondée sur l'expérience clinique) (Goldman et coll., 2001). Mettre en œuvre une pratique fondée sur l'expérience clinique consiste essentiellement à entreprendre un processus d'amélioration de la qualité (Goldman et coll., 2001). La pratique est justifiée, car elle est fondée sur des modèles dont l'efficacité a été corroborée par la recherche (Goldman et coll., 2001).

Dans une discussion sur la psychiatrie fondée sur l'expérience clinique exercée dans un contexte de soins primaires, Churchill et McGuire (1998) soutiennent que le choix de soins appropriés et efficaces ne dépend pas seulement de la mise en application des connaissances, de l'expérience et du discernement des cliniciens, mais également de la mise en application de résultats d'expériences récentes. Les auteurs soulignent les nombreuses difficultés que posent les pratiques fondées sur l'expérience clinique, notamment le peu de temps dont disposent les praticiens pour examiner les preuves émergentes; l'accès inadéquat aux résultats de recherche; et le manque de compétences en matière d'évaluation critique, qui limite leur interprétation des résultats de recherche. Ces lacunes conduisent à un excès de confiance envers les revues des expériences cliniques, qui présentent également des limites (Churchill et McGuire, 1998). Les revues narratives classiques sont à la fois subjectives et non systématiques, et elles ont une forte tendance à être biaisées (Churchill et McGuire, 1998). Les praticiens et les planificateurs doivent être en mesure de faire la distinction entre les études de bonne et de mauvaise qualité.

### Financement

Le financement – qui doit payer pour les soins axés sur la collaboration et de quelle façon les professionnels qui fournissent des soins intégrés

Le rôle de la pratique fondée sur l'expérience clinique doit être examiné.

Les obstacles au financement des soins axés sur la collaboration doivent être éliminés.

doivent être rémunérés – est une question fondamentale qui doit être examinée. Le financement est souvent cité comme un obstacle considérable à la collaboration; le financement de la santé a toujours été basé sur les services, allant directement aux prestataires, plutôt que sur les soins véritablement fournis aux usagers. La distribution des ressources financières et les plans de rémunération ne tiennent généralement pas compte des méthodes holistiques dans lesquelles plusieurs professionnels peuvent soigner un patient en même temps. La collaboration est rarement rémunérée. Un certain nombre de publications se penchent sur ces questions et donnent un aperçu de la façon dont le changement a été géré ou proposé concernant cet élément fondamental des soins axés sur la collaboration.

### *Les obstacles économiques*

Les obstacles économiques à la création et à la mise en œuvre de soins de santé mentale intégrés ont été soulignés (U.S. Department of Health and Human Services, 2001).

- ⌘ Le financement actuel des services de santé mentale et des soins primaires ou généraux est divisé, reflétant les divisions structurales inhérentes aux systèmes de soins de santé évolués.
- ⌘ Il y a un manque de parité entre le financement des services de santé mentale et celui de la médecine générale. Depuis dix ans ou plus, le financement de la santé mentale a diminué dans bon nombre de pays par rapport aux dépenses générales de la santé.
- ⌘ Il n'existe pas, ou peu, d'incitatifs financiers visant à promouvoir la collaboration entre les prestataires de services de santé mentale et de soins primaires des différentes disciplines ou la création d'équipes de soins intégrés.
- ⌘ Aux États-Unis, on remarque une augmentation de systèmes distincts de financement, de prestation et de gestion des soins de santé mentale spécialisés dans les plans de soins de santé. Ces programmes restreints font très peu pour favoriser l'intégration des soins, car ils ne comprennent pas de méthode pour récupérer les réductions des coûts généraux qu'entraîne le traitement de la maladie mentale (compensation des coûts).

### *La solution économique*

Strosahl (1998) aborde la question dans le contexte général des besoins en santé mentale et de la façon dont la société choisit d'y répondre. Les besoins croissants partout sur la planète exigent une réaction, mais comment les systèmes de soins de santé peuvent-ils trouver les moyens de le faire? Puisque la structure des soins de santé évolués sépare la médecine

Les systèmes de soins de santé doivent choisir une solution abordable pour répondre aux besoins croissants en santé mentale.



générale de la santé mentale, une énorme part des ressources de santé est requise pour doter en personnel un modèle qui offre aux usagers des soins primaires un accès approprié à des services de santé mentale spécialisés.

La solution réside dans l'intégration des services de santé mentale aux contextes de soins primaires.

Est-il possible de satisfaire les besoins en santé mentale de la population sans faire sauter la banque? Pour répondre à cette question, Quirk et ses collaborateurs (2000) utilisent l'exemple des médicaments psychotropes. Dans l'ensemble, les objectifs du système doivent être alignés pour que le système collectif de soins comporte les caractéristiques suivantes :

- ∞ pas de médicaments à moins que ce soit nécessaire (p. ex. ne pas en donner pour des troubles mineurs);
- ∞ arrêt des médicaments quand ils ne sont plus nécessaires (p. ex. quand un épisode est terminé dans le cas de troubles graves non compliqués);
- ∞ introduction précoce des médicaments en cas de graves épisodes de dépression (quand l'acuité du diagnostic est plus importante).

Le résultat général se mesure en économies pour des milliers de personnes. « L'équation tient compte de l'addition et de la soustraction des coûts nécessaires et non nécessaires, et d'une compensation raisonnable des coûts quand ce groupe est ciblé et qu'on s'assure qu'il reçoit les soins appropriés. Les compensations visées sont possibles et devront être intégrées efficacement dans les efforts programmatiques » (Quirk et coll., 2000, p. 91).

Certains intervenants soupçonnent un but caché dans cette promotion des soins axés sur la collaboration (Nolan et Badger, 2002b), croyant que l'on veut intégrer les disciplines et les budgets pour gérer les rares ressources en santé. Blount (1998c) laisse entendre que, dans les faits, les coûts ont perdu de leur importance à mesure que les systèmes de soins de santé gérés ont pris de la maturité aux États-Unis (comme le prouvent les systèmes plus vastes et réussis). Dans les premières années, la gestion des soins consistait presque exclusivement à réduire les coûts, et c'est là qu'on retrouve le plus d'économies. L'accent est désormais sur une compétition basée sur la qualité des soins. Cela inclut des éléments comme la satisfaction de la clientèle, le taux de rétention des participants aux régimes et les résultats cliniques.

L'intégration des soins primaires et de santé mentale constitue une solution abordable.

Certains pensent que l'intégration fait partie d'un plan caché.

La compréhension du financement et des plans de rémunération est essentielle.

### *Les régimes de rémunération*

Dans leur étude du financement et des plans de rémunération requis en matière de soins axés sur la collaboration, Dewa et ses collaborateurs (2001) se penchent sur les mécanismes de remboursement et les incitatifs financiers connexes du modèle de consultation-liaison des soins partagés (p. ex. une évaluation de la méthode la plus répandue au Canada). Un des concepts clés du remboursement est le partage des risques : qui assume le coût des soins et dans quelle mesure? Les parties en cause sont le payeur et le prestataire. La partie qui assume les coûts, quelle qu'elle soit, a de bonnes raisons de vouloir les limiter. Le partage des risques peut passer d'une partie à l'autre, selon le moment où les soins sont payés. Le paiement *if* (avant le service) se fait *per capita*, tandis que le paiement rétrospectif (après le service) se fait à l'acte.

Les incitatifs financiers liés à ces différents plans de rémunération sont assez variés. Dewa et ses collaborateurs (2001) suggèrent d'utiliser des modèles de rémunération qui favorisent le partage de soins. Ils discutent d'abord du paiement à l'acte comme façon de promouvoir les soins partagés.

- Les prestataires de soins de santé mentale non-médecins compétents devraient pouvoir facturer les consultations avec les médecins de famille afin d'accroître le nombre de ces consultations. Cette mesure a toutefois peu de chances de modifier le comportement des médecins, car ils ne sont pas rémunérés pour les visites plus longues qu'exigent les patients ayant des problèmes de santé mentale.
- Les prestataires de soins de santé mentale non-médecins compétents devraient pouvoir facturer les traitements de santé mentale; cela permettrait d'accroître le nombre de ces traitements, sans toutefois favoriser le travail d'équipe ou l'amélioration des communications. Présentement, ce n'est pas l'option que préfèrent les politiciens.
- Dans les plans de paiement à l'acte, les médecins devraient pouvoir facturer les traitements de santé mentale fournis par les professionnels de la santé mentale affiliés à leur pratique (comme dans les ententes entre dentistes et hygiénistes dentaires).
- Aucun des plans proposés ne peut combler le fossé qui sépare les prestataires de soins de santé mentale primaires et les psychiatres. Ces plans sont plus réalistes et intéressants financièrement pour les prestataires de soins primaires qui traitent les usagers ayant des problèmes légers, mais ils risquent de modifier la clientèle des psychiatres qui vont se retrouver avec seulement les cas les plus graves.

- ∞ Le paiement à l'acte, dans sa forme actuelle, ne favorise pas le partage des soins : les soins partagés ne sont viables pour les médecins que s'ils peuvent récupérer les coûts additionnels grâce aux revenus générés par une quantité accrue de services.

Dewa et ses collaborateurs discutent ensuite du paiement per capita comme moyen de promouvoir les soins axés sur la collaboration.

- ∞ Le paiement per capita pourrait fonctionner si l'accent était mis sur les services fournis et non sur le prestataire qui fournit le service : ce plan de rémunération permettrait la création de pratiques regroupant une variété de professionnels travaillant à temps plein et à temps partiel. Le médecin serait remboursé, quel que soit le professionnel qui a fourni le service.
- ∞ Des incitatifs financiers encourageraient les consultations en psychiatrie ou le recours à d'autres spécialistes pour offrir des services qui dépassent les compétences des prestataires de soins primaires.
- ∞ Le paiement per capita devrait être suffisamment élevé pour égaler les coûts des renvois.
- ∞ Le paiement per capita comporte le risque que le choix des autres professionnels employés par l'établissement de soins primaires se porte sur les candidats qui possèdent moins de titres de compétences afin de minimiser les coûts. La question stratégique ici repose sur les possibilités de traitement : retard possible ou manque de traitement par un clinicien spécialisé en santé mentale, par opposition à un traitement fourni au moment opportun par un prestataire de soins de santé mentale ayant moins de formation.
- ∞ Les incitatifs pour attirer des usagers en meilleure santé sont maintenus dans les plans de paiement per capita puisque les risques financiers sont moins élevés. Par contre, des plans de paiement per capita modifiés de telle sorte que les risques soient réduits pour ce qui est du degré de réalisation des objectifs pourraient se révéler plus efficaces pour inciter les praticiens à participer à des programmes de collaboration. Les médecins salariés, par exemple, pourraient se voir offrir des primes pour participer à des programmes de collaboration.

Finalement, Dewa et ses collaborateurs (2001) discutent de l'utilisation de plans de rémunération mixtes comme moyen de promouvoir les soins partagés.

- ∞ Les plans de rémunération mixtes sont le point de départ logique, car il y a peu de chances qu'on assiste à un changement complet des régimes.

- Les plans mixtes basés sur le paiement à l'acte introduisent le paiement per capita pour favoriser le partage des soins, tout en réduisant les mesures incitatives pour offrir des services non nécessaires.
- Le paiement per capita offre un paiement garanti et subventionne l'utilisation de spécialistes en santé mentale en contextes de soins primaires, où les spécialistes offrent des consultations ou des soins directs.
- Le paiement per capita étendrait la portée de la pratique des médecins en soins primaires au-delà des soins directs et favoriserait la coordination des responsabilités.
- De plus, le paiement à l'acte pourrait neutraliser la tendance à offrir des soins insuffisants présente dans les plans de rémunération per capita. Toutefois, le taux devrait être fixé de telle sorte à décourager la facturation de consultations non requises, tout en encourageant les consultations requises.
- Une condition préalable au paiement per capita est l'inscription à la liste des patients – qui consiste à affecter un usager à une seule pratique pendant une période donnée, ce qui entraîne, en théorie, une perte de choix pour l'usager.

#### *D'autres mesures incitatives*

D'autres études soutiennent la négociation de nouvelles approches dans le cadre de travail général du système de santé.

Hickie et Groom (2002) discutent d'un certain nombre de mesures incitatives instaurées par l'Australie dans le cadre de sa réforme des services de santé mentale axée sur les soins primaires visant à offrir un accès abordable et à promouvoir l'intégration des soins médicaux et psychologiques dont les usagers atteints de troubles mentaux ont besoin. Des paiements aux médecins de famille ont été introduits : par exemple, une somme de 150 \$A pour s'inscrire une fois la formation terminée et une somme de 150 \$A pour chaque usager qui complète un épisode en trois étapes d'un programme de soins, à raison d'un maximum initial de 10 000 \$ par médecin par année. Les médecins de famille ont droit à une augmentation de 20 pour cent par paiement pour les consultations plus longues et à une hausse possible du nombre maximum de paiements imposé au départ, qui peut passer de 6 à 12 paiements après une étude clinique appropriée. La formation continue est également soutenue. L'accès à des spécialistes de la santé offrant des traitements non pharmacologiques est favorisé par le biais de projets pilotes, et des ententes de services ont été conclues avec des praticiens de différentes disciplines. Le programme prévoit également une rémunération additionnelle pour les

D'autres mesures incitatives favorisent les soins axés sur la collaboration.

psychiatres qui répondent à une demande de consultation urgente d'un médecin de famille. Ce dernier élément n'était toutefois pas en vigueur au moment où l'article a été rédigé.

Dans un rapport sur le point de vue des intervenants à propos de l'intégration des soins dans le traitement de la dépression, Korda (2002) fournit également une liste de mesures de rémunération possibles. Les prestataires veulent être rémunérés pour leur collaboration et avoir accès à de la formation sur les traitements. Les plans de rémunération qui reconnaissent l'utilisation de principes et d'outils fondés sur l'expérience clinique ont reçu leur appui. Voici quelques exemples de plans :

- ∞ rémunération liée à la responsabilité;
- ∞ ressources couvrant les coûts de la collaboration, y compris l'utilisation de gestionnaires de soins et une reconnaissance explicite de la participation de prestataires de soins primaires et de spécialistes du comportement;
- ∞ ententes contractuelles réduisant la fragmentation des ressources financières;
- ∞ rémunération étagée et quote-part pour les prestataires utilisant des approches comportementales;
- ∞ rémunération pour traiter des problèmes de dépendance dans un contexte de soins primaires.

Lee et ses collaborateurs (2002) traitent des leçons apprises lors de la phase de mise en œuvre des services de santé mentale axée sur les soins primaires en Angleterre dans les années 1990. Dans ce programme, les médecins de famille ont obtenu un budget pour acheter des services de santé mentale secondaires. En étudiant les sites sur les achats totaux et les systèmes d'enveloppes budgétaires, les auteurs ont découvert que l'achat de soins primaires améliore les communications et les relations de travail avec les prestataires de services de santé mentale. Les résultats concernant les communications et les relations de travail avec les travailleurs sociaux étaient moins positifs, sauf lorsque les initiatives étaient financées conjointement. L'achat a également comme résultat d'accroître la présence de prestataires de soins de santé mentale dans les contextes de soins primaires. Les prestataires de soins primaires n'ont toutefois pas eu recours à des contrats détaillés pour promouvoir ces changements. Et les usagers ne semblent pas avoir participé à l'élaboration de ces nouvelles ententes.

#### *Les coûts des soins axés sur la collaboration*

Un seul article a abordé la question des coûts associés à la prestation des soins axés sur la collaboration. McCrone et ses collaborateurs (2004) explorent les répercussions économiques des ententes de partage des soins dans une étude basée sur les soins primaires portant sur les maladies

Il faut plus d'information sur les coûts.

mentales graves dans une grande ville. Ils établissent le profil des répercussions sur les ressources des différents niveaux de soins partagés en comparant les services utilisés et les coûts entre les services de soins primaires et secondaires. Ils répartissent les niveaux de soins partagés dans trois catégories – faible, moyen, élevé – et font des comparaisons entre les groupes après avoir vérifié les caractéristiques des participants. Les usagers ayant fait un faible usage des soins partagés ont eu recours à moins de soins en établissement et étaient moins susceptibles de consulter un psychiatre ou un travailleur social que ceux ayant fait un usage moyen ou élevé de soins partagés. Les coûts moyens du niveau le plus faible étaient beaucoup moins élevés que ceux du niveau moyen, mais pas beaucoup moins que ceux du niveau élevé. Les différents niveaux de soins font ressortir les différents modèles de service utilisés : la consommation des ressources au niveau moyen de soins partagés était plus grande. Bien que l'étude ne visait pas à trouver les liens de causalité entre l'utilisation des services et les coûts, cette réflexion sur les coûts réels et la rentabilité contribue à la discussion sur la façon de mieux financer les systèmes de soins axés sur la collaboration.

#### *Des programmes de financement souples*

Quirk et ses collaborateurs (2000) soutiennent que les programmes de financement doivent être plus souples pour favoriser des systèmes de soins novateurs et axés sur la collaboration. Ils demandent des augmentations annuelles raisonnables pour couvrir les dépenses visant à maintenir un engagement positif envers ces programmes. Les programmes de financement doivent être conçus de manière à profiter à l'ensemble du système, plutôt qu'à des groupes de professionnels particuliers, et à favoriser la mise en œuvre de nouveaux prototypes de soins plus efficaces et satisfaisants que les soins habituels. En d'autres mots, le modèle de financement ne devrait pas faire obstacle à la mise en application de ces nouvelles méthodes de traitement, ni permettre qu'une intervention médicale soit l'option par défaut pour traiter les problèmes d'ordre psychologique en contexte de soins primaires.

Dea (2000) plaide lui aussi en faveur d'investissements qui soutiendraient tout le continuum de mise en œuvre de soins de santé mentale intégrés, de la planification de projet jusqu'à la mise en œuvre complète, en passant par tous les stades de développement. Bien que la mise en œuvre ne soit pas sans entraîner des coûts, un manque d'investissement adéquat et de financement continu risque de mettre en péril la réussite à long terme des modèles. Ces coûts sont attribuables à la dotation en personnel, à la création de centres d'appel, à la formation et au perfectionnement des médecins et du personnel, au réaménagement des bureaux et à la mise en application de technologies de l'information.

Les systèmes de santé ont besoin de programmes de financement plus souples.

### *Les obstacles au règlement des problèmes financiers*

Des intervenants du système aux États-Unis (Korda, 2002) ont cerné un certain nombre d'éléments économiques et financiers qui sont très peu compris ou donnent lieu à beaucoup de confusion. Bien que les obstacles financiers comme le manque de rémunération pour la collaboration, les méthodes utilisées pour fixer les taux relatifs à la collaboration et le suivi et l'évaluation des coûts et des bénéfices de la collaboration soient faciles à trouver, beaucoup des participants à l'étude ont souligné le manque d'éléments probants ou de connaissances sur la façon d'éliminer efficacement ces obstacles. Les concepts clés que sont la compensation des coûts, la parité et les facteurs financiers incitatifs et de dissuasion créent de la confusion. La question de la connaissance du marché de la santé et de l'effet de levier est importante, mais mal comprise. Le manque de connaissance de cet aspect important de l'infrastructure de soins axés sur la collaboration est grand, et il reste beaucoup de travail à faire.

### **Communauté**

Un des éléments fondamentaux des soins axés sur la collaboration est la communauté. Il est nécessaire de se concentrer sur le contexte local pour évaluer les ressources et les modèles de soins existants et déterminer les besoins en matière de collaboration. Il est important de connaître ces caractéristiques pour concevoir un programme réussi. La documentation pertinente sur le rôle de la communauté examine l'importance de cette communauté, en évaluant les besoins et en adaptant les modèles aux besoins de la collectivité.

Le manque de connaissance du financement et des mesures incitatives doit être comblé.

Les besoins de la communauté sont à la base des soins axés sur la collaboration.

La rhétorique sur le partage des soins n'est plus suffisante.

Les paradigmes des soins sont en train de changer.

Les soins primaires intégrés ne se résument pas au simple traitement clinique.

### *L'importance de la communauté*

L'importance de la communauté qui s'exprime dans certains articles britanniques traduit peut-être la dynamique de ce pays et la réforme des soins de santé qui se déroule depuis vingt ans. Le milieu politique considère le partenariat, la collaboration et la participation comme des principes importants de la réforme des soins de santé (Nolan et Badger, 2002b). C'est pourquoi les soins axés sur la collaboration (dans leur sens le plus large) sont souvent recommandés. En dépit des nombreux cycles de réforme, Nolan et Badger (2002b) soulignent, dans la préface de leur livre, qu'il y a encore de graves iniquités dans ce système de santé; les politiques et la recherche de haut niveau n'ont pas suffi à provoquer d'importants changements. « Le pouvoir de changement réside davantage chez les personnes engagées et créatrices qui réfléchissent à leurs méthodes de travail et à la nature de leur interaction avec les autres – leurs clients et les autres professionnels et organismes – et, ce faisant, se concentrent sur ce qui se produit véritablement (où, quand et comment). En s'arrêtant aux facteurs qui déterminent les résultats des soins de santé, ils ont découvert que la collaboration a le pouvoir d'améliorer les processus, les relations interpersonnelles et les facteurs organisationnels liés au pouvoir » (p. xii). Cette citation indique clairement l'importance de connaître la communauté, les facteurs déterminants de la santé et les clients qui ont besoin de services pour élaborer une intervention efficace.

Gask et Rogers (1998) font écho à ce point dans leur discussion sur un nouveau paradigme de soins de santé mentale primaire. Ce paradigme remet en question les données historiques et structurales sur la santé et la maladie mentale dans la prestation de soins de santé (p. ex. des modèles séparés pour les soins primaires et les soins de santé mentale spécialisés).

- ❧ Il faut trouver de nouvelles façons de voir et de comprendre les problèmes de santé mentale qui intègrent une vision plus large des besoins. Les définitions classiques des soins primaires sont souvent plus limitées et ne tiennent pas compte de toutes les ressources pertinentes : le fait de ne pas reconnaître les facteurs sociaux et économiques de la détresse psychologique dans la communauté élimine le contexte dans lequel les clients développent ces problèmes, ce qui limite la réaction. Comme le soulignent Quirk et ses collaborateurs (2000), l'intervention médicale ne doit pas devenir la réponse par défaut aux problèmes psychologiques.
- ❧ La prestation de soins axés sur la collaboration peut faire appel à la vaste gamme de compétences professionnelles qui s'offre aux usagers et traiter ces usagers non pas comme de simples bénéficiaires de soins, mais comme des prestataires ou



coprestataires, par le biais de l'autotraitement et de sources de soins informelles.

- ∞ Les prestataires de soins primaires sont bien placés pour tirer profit des ressources de la communauté et les intégrer à leur traitement des usagers. Cet accès permet d'obtenir des programmes de traitement et d'intervention spécialement conçus pour les clientèles des soins primaires, qui sont un complément au soutien provenant de la communauté et qui contribuent à réduire la détresse psychologique des usagers et des communautés.

L'importance de la communauté s'exprime également dans des initiatives de soins directs, comme la *Health Disparities Collaborative*, une initiative pluriannuelle des États-Unis visant à mettre en œuvre des modèles de soins et de gestion du changement qui permettront de transformer le système de soins des populations mal desservies. Le manuel d'un projet, intitulé *Depression Collaborative*, affirme que la communauté devrait :

- ∞ « établir des liens avec des organismes pour élaborer des programmes et des politiques de soutien;
- ∞ s'unir aux ressources communautaires pour que les coûts des médicaments soient payés, ainsi que l'éducation et le matériel;
- ∞ encourager la participation aux séances d'éducation et aux groupes de soutien;
- ∞ sensibiliser la communauté par le biais du réseautage, de l'action sociale et de l'éducation;
- ∞ fournir une liste des ressources communautaires aux patients, aux familles et au personnel » (Mauer/National Council for Community Behavioral Healthcare [NCCBH], 2003, p. 12).

### *L'évaluation des besoins*

Un certain nombre d'auteurs parlent de la nécessité d'évaluer les besoins pour soutenir la création de programmes de soins axés sur la collaboration. Strathdee (1998) ainsi que Jenkins et Strathdee (2000) décrivent les éléments que doit comporter un processus de planification visant la création d'un nouveau programme. Toutes sortes de renseignements sont requis pour planifier un service, que ce soit en matière de besoins, de vérifications ou de pratiques locales.

Les liens communautaires sont essentiels.

Les besoins de la communauté doivent être déterminés.

L'évaluation des besoins et l'information sur la vérification permettent d'obtenir ce genre de renseignements :

- ∞ Analyse des modèles de morbidité locaux.
- ∞ Genre et niveau de technologie de l'information utilisée dans les pratiques et les programmes.
- ∞ Registre d'observations pour les patients atteints de maladies chroniques comme le diabète, l'asthme et les maladies mentales graves.
- ∞ Nombre et type de professionnels œuvrant dans les programmes de santé mentale et les pratiques de soins primaires.
- ∞ Analyse des populations ou des listes des pratiques de soins primaires.
- ∞ Nombre et caractéristiques des admissions.
- ∞ Nombre et résultats des renvois vers des services de santé mentale spécialisés.
- ∞ Modèles et coûts des ordonnances de psychotropes.
- ∞ Politiques des pratiques concernant les usagers souffrant de troubles mentaux.
- ∞ Protocoles connexes.
- ∞ Analyse des compétences et des besoins de formation.

Les renseignements ci-dessous sur les pratiques locales sont également requis :

- ∞ Nature des pratiques (pratique unique, médecine de groupe, centres de santé communautaires).
- ∞ Personnes-ressources pour la formation en santé mentale.
- ∞ Nature des liens entre la pratique et le programme de santé mentale.
- ∞ Pratiques jumelées des médecins de famille.
- ∞ Rendez-vous sessionnels.
- ∞ Niveau de formation et de compétence du personnel.
- ∞ Modèle de rémunération et autre information sur les sources de financement.

Strathdee (1998) suggère également une série de questions pour évaluer les besoins :

- ∞ Quels sont les besoins des usagers de chacun des groupes?
- ∞ Quelle stratégie en matière de santé mentale peut répondre à ces besoins?

- ∞ Quelles compétences optimales les prestataires du programme devaient-ils posséder? Quelle serait la meilleure combinaison de services professionnels à offrir?
- ∞ Quel modèle de soins partagés, de communication et de liaison devrait-il y avoir entre les partenaires?

### *Les stratégies pratiques*

Stichler (1998) propose les stratégies ci-dessous pour élaborer un programme de soins axés sur la collaboration :

- ∞ Offrir un programme de formation continue afin de rehausser le niveau des connaissances et des compétences des professionnels, et d'inciter les autres membres de la profession à recevoir également de la formation.
- ∞ Créer des comités interdisciplinaires pour fixer des objectifs en matière de soins des usagers et discuter des rôles et responsabilités; encourager les discussions formelles et informelles sur les soins des patients.
- ∞ Discuter des similitudes, des différences et des chevauchements de responsabilités; trouver des moyens pour que les différents services puissent se compléter; permettre une contribution unique de chaque professionnel basée sur les compétences et l'expérience.
- ∞ Organiser des forums pour discuter ouvertement de communications, de résolution des problèmes, de prise des décisions et de planification.
- ∞ Célébrer les réussites et donner des comportements et des pratiques de collaboration en exemple.

### *La mise en œuvre d'un programme de soins axés sur la collaboration dans la communauté*

Un outil d'analyse de l'environnement (Mauer/NCCBH, 2004) a été mis au point pour évaluer les politiques gouvernementales et le soutien financier en matière de collaboration. Cet outil permet de recueillir de l'information sur l'incidence de ces deux facteurs sur l'intégration de services cliniques, grâce au modèle à quatre quadrants (voir les détails au chapitre 5) et une approche basée sur le travail d'équipe. En obtenant l'autorisation nécessaire, cet outil pourrait être adapté à d'autres pays.

Le processus d'élaboration de programmes de collaboration demande la participation de nombreux intervenants de la communauté, y compris celle des usagers et des familles, des prestataires de soins primaires et secondaires et des travailleurs sociaux. Dans leur exemple d'un processus de création récent, Fuller et ses collaborateurs (2004) décrivent l'élaboration

Un outil d'analyse de l'environnement est utile pour évaluer les politiques et le soutien.

Une vaste participation des intervenants est requise.

d'un système de soins de santé mentale primaires intégrés destiné à une région rurale de l'Australie. Ils mettent en évidence les éléments structuraux et les processus utilisés. De la même façon, Byng et Jones (2004) présentent une intervention et un cadre de travail conceptuel connexe visant à élaborer des soins partagés pour des clients souffrant de maladie mentale de longue durée. Leur intervention, appelée Mental Health Link, est un programme d'amélioration de la qualité facilité qui permet d'accélérer la création de services en amenant les différents intervenants à convenir d'un modèle de soins partagés adapté aux besoins, aux compétences et aux intérêts locaux, et en soutenant la création de systèmes de pratiques.

D'autres avis sur la façon de mettre en œuvre des soins axés sur la collaboration.

D'autres auteurs donnent des conseils pratiques sur la façon d'élaborer une méthode axée sur la collaboration. Blount (1998c), Peek et Heinrich (1998) ainsi que Lorenz et ses collaborateurs (1999) discutent de différentes façons de commencer. Voici une liste de leurs principaux conseils :

- Commencer par présenter les soins intégrés comme un moyen de résoudre les problèmes de la pratique, plutôt que comme une façon d'atteindre un but plus élevé. Le personnel adoptera plus facilement le nouveau modèle de soins (Blount, 1998c).
- Réfléchir d'abord à l'emplacement des prestataires, puis aux éléments de base du champ d'application, de la structure des services et de l'objectif (Blount, 1998c).
- Réfléchir aux genres de problèmes que peut entraîner la mise en œuvre du programme de collaboration, et qui doivent être gérés soigneusement par les chefs du programme de soins intégrés (Blount, 1998c) :
  - Entreprendre un nouveau type de projet.
  - Trouver de nouvelles façons de comprendre et de traiter les problèmes que présentent les usagers.
  - Créer une nouvelle équipe cohésive au sein de l'organisation.
  - Atténuer les répercussions pour les personnes qui n'ont pas participé à l'élaboration des nouvelles méthodes au moment où elles sont mises en application (c'est-à-dire lorsque le projet pilote prend effet).
- Établir un échéancier réaliste pour le genre et l'ampleur de la collaboration souhaitée. Cet échéancier doit tenir compte de facteurs comme la volonté de collaborer, l'attitude par rapport au travail d'équipe et le degré d'ajustement des nouveaux membres de l'équipe de soins de santé mentale (Peek et Heinrich, 1998).
- Suivre les étapes ci-dessous pour lancer le projet pilote (Peek et Heinrich, 1998) :

- Faire en sorte que le projet soit suffisamment fonctionnel dès le premier jour. S'assurer, par exemple, que les lieux physiques et les fonctions de soutien de base, comme l'établissement des horaires, sont en place à l'avance.
  - Prévoir des contrôles fréquents pendant les premiers mois pour vérifier les progrès de la mise en œuvre et régler les problèmes au besoin.
  - Commencer par employer des professionnels de la santé mentale expérimentés qui connaissent la culture des soins primaires.
  - Créer un réseau de soutien formé de professionnels et de conseillers ayant déjà vécu la mise en œuvre d'un tel programme pour aider les membres de l'équipe.
- ☞ Contribuer au bon déroulement du projet (Lorenz et coll., 1999) :
- Respecter le modèle et les bonnes manières.
  - Reconnaître et solliciter l'expérience des professionnels de la santé mentale.
  - Se concentrer sur le but de la collaboration. Tenir compte des objectifs à court terme, tout en comprenant les différents buts des partenaires du programme de collaboration.
  - Ne pas voir les différences d'un point de vue personnel et s'intéresser au point de vue des autres membres de l'équipe.

## Résumé du chapitre

Voici, en somme, les éléments fondamentaux de l'infrastructure des soins de santé mentale axés sur la collaboration :

- ☞ Des politiques sont nécessaires pour que les systèmes de santé définissent et intègrent systématiquement des soins axés sur la collaboration.
- ☞ Les soins axés sur la collaboration doivent être basés sur des éléments probants obtenus par la recherche. De nouvelles méthodes de recherche doivent être explorées.
- ☞ Des incitatifs financiers sont requis pour encourager les prestataires des différentes disciplines à participer aux programmes de collaboration. Il existe des mécanismes de rémunération qui peuvent être adaptés pour inclure ces mesures incitatives.
- ☞ Les besoins de la communauté sont un élément central de l'élaboration de programmes de soins partagés. Les ressources communautaires extramédicales devraient être intégrées aux programmes de soins axés sur la collaboration.



# Chapitre 4 :

## SYSTÈME CENTRÉ SUR L'USAGER

### MESSAGES CLÉS

- *Dans un système de soins centré sur l'utilisateur, l'accent est mis sur la satisfaction des besoins du client. Les objectifs des soins sont définis conjointement par l'utilisateur, sa famille ou ses aidants naturels, afin qu'il puisse recouvrer la santé.*
- *Les soins de santé mentale axés sur la collaboration sont un bon choix pour un système centré sur l'utilisateur. Ils favorisent la collaboration et le travail d'équipe entre les professionnels de la santé, les aidants naturels et l'utilisateur.*
- *Un système centré sur l'utilisateur se caractérise par la reconnaissance du rôle et des responsabilités de l'utilisateur dans le processus de soins axés sur la collaboration.*
- *Les clientèles spéciales, comme les usagers atteints de maladie mentale grave ou ayant des problèmes de dépendance, qui nécessitent des approches personnalisées en matière de soins de santé mentale sont une claire indication de la nécessité d'avoir des modèles de collaboration souples.*

La primauté de l'utilisateur qui a besoin de soins est le point de départ de la prestation de tous les types de services de santé mentale, y compris des soins de santé mentale primaires. La documentation qui traite de ce sujet fait ressortir les principes et les motifs de l'engagement de l'utilisateur dans l'élaboration et la prestation d'interventions menées en collaboration, ainsi que les besoins et les approches relatifs aux clientèles spéciales : usagers atteints de maladie mentale grave ou ayant des problèmes de dépendance ou des troubles concurrents, enfants et adolescents, populations rurales, personnes âgées et autres groupes ayant des besoins importants.

Un système centré sur l'utilisateur est fondé sur le principe que l'utilisateur peut et devrait participer activement à tous les aspects de son traitement, y compris le diagnostic des problèmes, le choix éclairé d'un traitement et la participation à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation des programmes. Dans la prestation de services de santé, le bien-être de l'utilisateur est une préoccupation centrale et un défi pour les organisations qui font face aux demandes de multiples intervenants (Goscha et Rapp, 2003). Un système centré sur l'utilisateur dépend des soins de santé mentale axés sur la collaboration pour répondre efficacement au large éventail des besoins des personnes traitées, ainsi que sur les ressources communautaires qui s'offrent à l'utilisateur (Gask et Rogers, 1998).

Un système centré sur l'utilisateur implique un partenariat avec l'utilisateur pour répondre à ses besoins.

La conception et la prestation des services, ainsi que l'évaluation des besoins, doivent être clairement centrées sur l'utilisateur.

### Officialiser le fait de centrer les soins axés sur la collaboration sur l'utilisateur

S'assurer d'utiliser une méthode centrée sur l'utilisateur dans les soins de santé mentale primaires est un point de départ essentiel. Beaucoup d'auteurs parlent des défis que posent l'établissement de méthodes axées sur la collaboration et le fait d'amener des professionnels de différentes disciplines à travailler en équipe pour traiter le large éventail des besoins en matière de santé mentale. Mauer/National Council for Community Behavioral Healthcare (NCCBH) (2003) propose une marche à suivre pratique pour établir clairement une méthode de soins centrée sur l'utilisateur :

- Des énoncés de mission et des objectifs connexes en matière de services devraient être élaborés pour aider les praticiens et le personnel à atteindre les buts qu'ils ont fixés en accord avec les usagers pour assurer la santé et le bien-être des usagers et de la clientèle desservie par la pratique.
- Ces énoncés devraient être utilisés pour mettre au point des normes d'exploitation, des plans d'affaires et des processus qui réservent explicitement la place centrale à l'utilisateur.
- Ces normes devraient être utilisées pour déterminer à quel point le service respecte l'objectif de centrer les services sur les besoins des usagers.

L'officialisation de l'utilisateur comme point central doit également tenir compte des aspects suivants :

- Les politiques gouvernementales en matière d'intégration des soins primaires et de santé mentale.
- La création d'un cadre de travail fondé sur les meilleures pratiques pour la planification, l'élaboration et la mise en œuvre de soins intégrés.
- L'établissement de principes directeurs pour assurer que la santé mentale fait partie des discussions sur une intégration plus vaste du système de santé, et fournir une ligne de conduite concernant la question complexe et souvent mal définie de l'intégration (Washington County Mental Health Council, 2002).

Le principe de base d'un système centré sur l'utilisateur consiste à mettre l'accent sur les usagers et leurs familles. Ce principe a été décrit de bien des façons :

- « Mettre l'accent sur les usagers et leurs familles. Les besoins des usagers et de leurs familles en matière de santé mentale doivent orienter la prestation des services et les systèmes de soins.



Les diversités culturelles et ethniques doivent être respectées. » (U.S. Department of Health and Human Services, 2002, p. 5)

- ✎ « Des soins centrés sur le patient, fournis par au moins deux aidants naturels de disciplines différentes qui travaillent en collaboration avec le patient pour répondre aux besoins établis. » (Northwest Territories Medical Association and Northwest Territories Registered Nurses Association, 2000, p. 12).
- ✎ « Les résultats recherchés avec l'intégration doivent inclure : un meilleur accès aux soins (pas de mauvaise porte pour l'utilisateur), une amélioration de l'état de santé physique et mentale du patient et des résultats cliniques, une plus grande satisfaction du patient, une amélioration de la gestion des coûts et des économies, et une simplification de l'administration. » De plus, « l'opinion, les préférences et les commentaires du patient, des membres de sa famille et de ses aidants devraient faire partie intégrante de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation des programmes d'intégration ». (Washington County Mental Health Council, 2002, p. 1).
- ✎ « Une vision commune : préciser les objectifs que poursuit le système centré sur l'utilisateur, clarifier le rôle de la collaboration comme moyen d'atteindre ces objectifs, et mobiliser l'engagement autour des objectifs, des résultats et des mécanismes. » (Hudson et ses collaborateurs, 1997, cités par Glasby et Lester, 2004, p. 8).

### **La participation de l'utilisateur – une norme en matière de soins de santé mentale primaires**

Au cours des dernières décennies, beaucoup de pays ont fait de la participation de l'utilisateur un critère essentiel. Le but était, et demeure, de permettre à l'utilisateur d'avoir son mot à dire sur la façon dont il vit sa vie et sur les services dont il a besoin pour continuer de vivre cette vie. Cette participation est maintenant reconnue comme une bonne pratique (Barnes et coll., 2000).

#### *Le partenariat*

Le partenariat est l'essence même des soins axés sur la collaboration et l'utilisateur, c'est-à-dire le bénéficiaire des soins, est essentiel à ce partenariat, qui comporte deux aspects : la participation de l'utilisateur aux discussions portant sur son cas et sa participation à la planification et à la gestion des services.

Les meilleures pratiques pour les deux genres de participation sont encore imprécises. Comme l'expliquent Barnes et ses collaborateurs (2000),

Les soins axés sur la collaboration reconnaissent que l'utilisateur a un rôle à jouer dans la prise en charge de sa propre santé.

La conception et l'évaluation des programmes, ainsi que la prestation des soins, exigent des partenariats.

les différents modèles utilisés dans les divers contextes produisent une variété de résultats. Le paradigme émergent en Angleterre comporte ces éléments :

- Tous les intervenants, y compris les usagers, agissent à titre de partenaires.
- Ces partenariats reconnaissent les différents niveaux d'autorité sans exiger d'égalité (voir également McAllister et Walsh, 2004).
- Ces partenariats demandent que les rôles et responsabilités soient négociés, et une compréhension du lieu du pouvoir.
- Il faut que la voix de l'utilisateur soit entendue et que son point de vue ait de la valeur et qu'il soit respecté.

#### *Les usagers comme utilisateurs finaux*

Quirk et ses collaborateurs (2000) insistent sur le fait que « les patients sont les utilisateurs finaux. Quoi que nous fassions, notre travail devrait être jugé et sera jugé en fonction d'eux. Les patients devraient s'attendre à ce que leur système de santé comporte des soins qui sont pertinents pour eux, valables pour les problèmes qu'ils éprouvent et largement accessibles au moment où ils prennent contact pour se faire soigner... » (p. 86). Il est essentiel d'établir clairement les responsabilités en matière de soins de santé mentale primaires.

#### *La collaboration comme moyen d'arriver à ses fins*

Abondant dans le même sens, Nolan et Badger (2002b) déclarent que « la collaboration n'est pas une fin en soi, mais un moyen d'y arriver. Si la collaboration ne donne pas de résultats positifs pour les usagers et les praticiens – accès plus rapide et facile aux ressources, prestation de soins plus appropriée et sensible, satisfaction du travail bien fait – l'aventure n'aura rien donné et l'exercice restera une simple réponse mécanique à une politique et il n'y aura pas de gain tangible pour les personnes concernées » (p. xiii). Bien qu'il ne puisse pas y avoir de résultats positifs si l'utilisateur travaille tout seul, l'accent doit être mis sur les résultats positifs qu'il peut en retirer. Les avantages pour les prestataires sont secondaires.

#### *Les usagers à titre d'experts*

Badger et Nolan (2002) soulignent le fait que les usagers sont de plus en plus considérés comme des experts, à cause de l'expérience qu'ils ont de la santé et des services sociaux, et de la vie avec la maladie qui les afflige. Du point de vue de l'utilisateur, « il n'y a pas de différence entre les services de santé, les services sociaux et les organismes bénévoles, ou entre le personnel qualifié ou non qualifié. Ils s'attendent à retrouver la même

« Les patients sont les utilisateurs finaux. Quoi que nous fassions, notre travail devrait être jugé et sera jugé en fonction d'eux. » (Quirk et coll., 2000)

« Si la collaboration ne donne pas de résultats positifs pour les usagers et les praticiens... l'aventure n'aura rien donné et l'exercice restera une simple réponse mécanique à une politique et il n'y aura pas de gain tangible pour les personnes concernées. » (Nolan et Badger, 2002b)

Les usagers font profiter les intervenants de leur expérience.

compétence chez tous les intervenants. Ils présument, non sans raison, que les prestataires des services vont se transmettre l'information » (p. 252-253).

La participation de l'utilisateur au processus de planification des soins est essentielle au respect des valeurs qui sous-tendent le système de santé publique ou les modèles de soins basés sur la population ou les maladies chroniques. Les utilisateurs doivent prendre en charge leur santé physique et mentale, et participer activement à la gestion de leur propre cas. Dea (2000) propose des questions utiles pour s'assurer que l'accent est mis sur l'utilisateur dans la planification des soins :

- ∞ « Comment peut-on offrir aux patients une expérience médicale plus complète centrée sur la prévention, le dépistage et un traitement efficace?
- ∞ Comment éviter que le système fasse perdre leur temps aux patients? » (p. 19)

### *L'importance de l'autotraitement*

Mauer/NCCBH (2003) remarque que des utilisateurs informés et engagés qui interagissent avec une équipe de praticiens préparés et proactifs obtiennent de meilleurs résultats. Cette découverte fait ressortir une dimension cruciale des soins partagés – le partenariat avec l'utilisateur. Prendre en charge sa propre santé implique une part d'autogestion. Les utilisateurs doivent discuter avec leurs praticiens pour savoir ce que eux-mêmes les utilisateurs, peuvent faire pour améliorer leur état de santé en utilisant différents outils d'autogestion (Health Disparities Collaborative, 2005).

### *L'attitude des utilisateurs par rapport aux soins*

Une des études (Cooper et coll., 2000) avait pour but de créer un instrument pour évaluer l'attitude des utilisateurs par rapport au traitement de la dépression. Même si beaucoup d'études ont conçu des interventions centrées sur les obstacles que rencontrent les prestataires, cette étude soutient que le fait de pouvoir cerner l'attitude des utilisateurs pourrait permettre de créer des programmes mieux adaptés à leurs préférences en matière de soins. Pour élaborer ce nouvel instrument, des groupes de discussions ont été formés et un sondage a été effectué pour recueillir l'opinion d'utilisateurs souffrant d'une dépression légère à grave sur les éléments importants du traitement. Deux versions d'un même instrument ont été créées pour tenir compte des éléments jugés importants par les utilisateurs, notamment les aptitudes des prestataires en matière de relations interpersonnelles, la reconnaissance de la dépression par les prestataires de soins primaires, l'efficacité du traitement, les problèmes liés au traitement, la compréhension du traitement par l'utilisateur, la spiritualité intrinsèque et l'accessibilité des services d'un point de vue monétaire. Les auteurs font

Le partenariat entre les prestataires et les utilisateurs peut améliorer les soins et les résultats.

ressortir le lien entre les valeurs, les préférences et les besoins exprimés par l'utilisateur et l'amélioration des résultats : « la relation patient-prestataire est particulièrement importante et devrait être prise en compte dans les décisions qui influent sur les politiques de la santé pour les patients souffrant de dépression. Les politiques qui réduisent la continuité des soins et limitent la durée des consultations entre les patients des soins primaires et leurs médecins peuvent... mener à de plus mauvais résultats pour les patients souffrant de dépression » (p. 172).

### *La participation des usagers à l'élaboration des programmes*

De plus, le fait de faire participer les usagers à la planification et à la gestion des soins de santé mentale primaires allège le fardeau des prestataires de soins de santé en ce qui a trait à la connaissance de tous les besoins de l'utilisateur et de l'éventail des interventions appropriées. Une définition plus large de la collaboration multidisciplinaire ne se limite pas à ce que les prestataires peuvent apporter aux usagers ou s'apporter les uns aux autres (Badger et Nolan, 2002). Il est de plus en plus question de la contribution des usagers dans leur propre traitement et dans la planification et l'évaluation des services. Il est important de donner aux usagers l'occasion de redonner un peu de ce qu'ils ont reçu. Certains souhaitent le faire en le redonnant au système de santé. La rentabilité de cette participation des usagers dans la planification et la prestation des soins demeure toutefois largement sous-évaluée (Freeman et coll., 2002).

### *Travailler pour changer le système*

McAllister et Walsh (2004), en se basant sur un concept appelé la politique de la différence, soutiennent que les professionnels et les usagers doivent travailler ensemble pour changer durablement le système de santé. Un engagement actif, des processus d'éducation et des stratégies novatrices sont nécessaires pour que la voix des usagers soit entendue par les services de santé mentale. La mise en application des théories de la différence dans la participation des usagers aux soins de santé mentale n'est pas sans causer certaines tensions, notamment : la tension entre l'évitement de la fragmentation des groupes de travail et la résistance à la cohérence et la conformité, ou la tension entre la création d'un plus grand nombre de processus participatifs et la reconnaissance de l'autorité inhérente au rôle de prestataire. Les stratégies ci-dessous pourraient renforcer et promouvoir la voix de l'utilisateur :

- *Se préparer aux différences* : faire appel au processus de réflexion interne et réfléchir à des buts communs.

Il est important de donner aux usagers l'occasion de participer à l'élaboration et à la prestation des services.

Des stratégies novatrices favorisant l'ouverture à la participation des usagers dans le système de santé sont nécessaires.

- ∞ *Écouter la voix de l'utilisateur* : éviter de parler pour l'utilisateur quand il peut le faire lui-même; lui donner l'assurance que ses propos seront pris en compte, ainsi que l'occasion de se pratiquer à exprimer son opinion, et faire du renforcement positif quand il s'exprime; le comprendre quand il hésite.
- ∞ *Proclamer les différences* : ramener les différences à la surface pour les clarifier et les comprendre dès le début du processus; prendre le temps de réfléchir aux différences de valeurs et de les partager; reconnaître qu'il est possible que les frontières existantes entre les usagers et les prestataires changent et doivent être redéfinies; clarifier sa position et ses limites par rapport à celles des autres pour connaître les autres et apprécier la richesse que les différences peuvent apporter à la relation; trouver des terrains d'entente.
- ∞ *Réfléchir aux expériences et aux théories de la différence* : élaborer des processus au sein du groupe qui permettent de gérer les différences, comme par exemple établir des normes qui accordent de la valeur à toutes les voix et fournir des techniques de prise des décisions et de résolution des conflits qui conviennent à tout le monde; ne pas permettre que les conflits soient réprimés.
- ∞ *Encourager une forme différente d'autorité* : surmonter la résistance du système de santé mentale envers le changement, et surtout celle des personnes en position d'autorité qui trouvent plus facile de s'en tenir au statu quo; reconnaître que la collaboration est l'occasion d'apporter des changements radicaux; apprendre à modérer la hiérarchie et en retracer l'origine et les conséquences; faire une utilisation différente de son autorité et de son influence.
- ∞ *Former des coalitions et apprécier le dialogue* : explorer les valeurs et les problèmes communs et maintenir le dialogue tout en veillant à ce que les différences soient entendues.
- ∞ *Se préparer à un enrichissement mutuel* : créer un climat de soutien mutuel et de perfectionnement continu; éviter d'utiliser un langage qui stigmatise ou déshumanise; acquérir des aptitudes en matière de persuasion et d'influence; se montrer fraternel plutôt que paternel.
- ∞ *Planifier les projets ensemble* : reconnaître que les trois priorités sont l'accès à plus d'éducation, à plus de soutien et à plus de lieux humanisants; commencer petit; utiliser les habiletés existantes ainsi que le pouvoir de l'expérience personnelle.
- ∞ *Maintenir l'élan* : prévoir les obstacles qui risquent de diviser l'utilisateur et le prestataire; accroître la capacité d'influence; trouver de nouveaux alliés; maintenir l'enthousiasme du groupe; utiliser les médias; célébrer les réussites; et avoir du plaisir à travailler ensemble.

Le pouvoir doit être partagé entre les prestataires et les usagers.

Dans l'ensemble, ces stratégies semblent plus utiles à la planification et à l'évaluation des services qu'à la prestation des soins directs aux patients.

### *Façonner le pouvoir*

Deux études s'attardent aux écarts d'autorité dans les partenariats entre usagers et prestataires. En examinant la participation des usagers dans la planification et la prestation de services de santé mentale de deux groupes de sous-traitants de Londres, en Angleterre, Rutter et ses collaborateurs (2003) ont trouvé que les usagers étaient davantage consultés que considérés comme de véritables partenaires. Les prestataires gardent le pouvoir de décision et s'attendent à ce que les usagers approuvent ces décisions et se conforment aux méthodes de gestion. Les auteurs recommandent de faire appel à un plus large éventail d'usagers avec des méthodes plus variées et créatrices, et d'apprendre à partager le pouvoir.

Columbo et ses collaborateurs (2003) font état de résultats similaires dans leur étude qualitative de l'influence des modèles implicites de troubles mentaux sur les décisions partagées que prennent les équipes de santé mentale ainsi que sur la relation de pouvoir entre les prestataires ou groupes de prestataires et les usagers. Les équipes de santé mentale doivent reconnaître que les usagers font partie intégrante de l'équipe et redéfinir la balance du pouvoir dans le processus de prise des décisions. Les besoins de l'utilisateur doivent être « satisfaits par un examen éclairé des options possibles, qui peuvent inclure ou ne pas inclure d'interventions médicales » (p. 1569).

## **Approches de collaboration pour les clientèles spéciales**

### *Usagers atteints de maladie mentale grave*

Une attention spéciale doit être accordée à la prestation de soins primaires et de santé mentale intégrés pour les usagers atteints de maladie mentale grave. Ces usagers sont plus susceptibles de souffrir de problèmes de santé physique qui sont ignorés (Bazelon Center, 2004; Miller et coll., 2003). Il y a un nombre considérable de personnes atteintes de maladie mentale grave qui ne sont pas en contact avec le système de santé (U.S. Department of Health and Human Services, 2001). Et parmi celles qui sont en contact avec un système de soins primaires, il arrive que le problème ne soit pas diagnostiqué du tout, ou qu'il ne le soit pas correctement.

Les usagers atteints de maladie mentale grave ont des problèmes de santé physique plus importants qui demeurent intraités bien souvent.

Voici les raisons qui expliquent pourquoi les usagers atteints de maladie mentale grave ont des besoins plus importants :

- ✎ La maladie mentale augmente les risques de problèmes comorbides (Dickey et coll., 2002; Lean et Pajonk, 2003).
- ✎ Les usagers atteints de schizophrénie présentent des risques particulièrement élevés de comorbidité (Dixon et coll., 1999).
- ✎ Plusieurs facteurs augmentent les risques de problèmes médicaux graves, y compris la cigarette, l'obésité et le manque d'exercice physique, des facteurs qu'on retrouve chez beaucoup d'usagers atteints de maladie mentale grave (Bazelon Center, 2004).
- ✎ Les usagers atteints de maladie mentale grave sont plus sujets à souffrir de problèmes comme le diabète, les maladies cardiovasculaires, la prise de poids et l'obésité (Bazelon Center, 2004).
- ✎ La maladie mentale est souvent comorbide à l'abus d'alcool ou de drogues (Dickey et coll., 2002; Druss et coll., 2002).

En conséquence, le dépistage, la prévention et l'accès régulier à des soins primaires pour les usagers atteints de maladie mentale grave devraient être une priorité clé (Bazelon Center, 2004).

L'accès aux soins primaires est toutefois problématique pour les usagers atteints de maladie mentale grave. Ils se butent à des obstacles communs aux soins intégrés (voir le chapitre 5 pour connaître ces obstacles), ainsi qu'à des obstacles qui touchent plus particulièrement les personnes atteintes de maladie mentale grave. La normalisation des soins de santé primaires pour les personnes atteintes de maladie mentale grave – c'est-à-dire se présenter dans un contexte de soins primaires, car c'est là que la communauté est traitée – est un thème qu'on ne retrouve dans aucun des articles traitant de la maladie mentale grave qui ont été consultés pendant cette recherche. Les articles récents font plutôt ressortir les obstacles propres à la maladie mentale grave :

- ✎ Le peu d'attention que les prestataires de services de santé mentale (y compris les psychiatres) accordent aux besoins physiques des usagers (Bazelon Center, 2004).
- ✎ La concentration des soins dans des contextes de soins secondaires et spécialisés et les contacts peu fréquents des usagers avec les contextes de soins primaires (Meadows, 2003; Millet et coll., 2003).
- ✎ Le désir de confidentialité des usagers et leur résistance à laisser d'autres prestataires de soins de santé avoir accès à leur dossier de santé mentale (Bazelon Center, 2004).
- ✎ La crainte de la stigmatisation chez les usagers (Bazelon Center, 2004).

Beaucoup de stigmates empêchent les personnes atteintes de maladie mentale grave d'accéder à des soins primaires.

- ∞ La crainte ou le déni du trouble mental par les usagers (Bazelon Center, 2004).
- ∞ L'ignorance des usagers concernant la façon d'obtenir des services (Bazelon Center, 2004).
- ∞ L'incapacité des usagers de s'y retrouver dans la complexité du système de santé (Bazelon Center, 2004; Miller, 2004).
- ∞ Les problèmes qu'éprouvent les usagers par rapport à la maladie mentale : difficultés de faire face au problème et d'interagir avec les autres, mauvaise compréhension de la maladie et désaccord avec le traitement par médicaments (Miller, 2004; Meadows, 2004).
- ∞ L'absence de moyens de transport pour les usagers pour se rendre dans un contexte de soins primaires (Bazelon Center, 2004).

Une étude s'est arrêtée à la satisfaction des usagers en ce qui a trait aux soins primaires et aux soins partagés. À l'aide d'entrevues qualitatives semi-structurées sur les éléments de satisfaction des usagers atteints de schizophrénie, Lester et ses collaborateurs (2003) ont découvert que la satisfaction dépend de cinq facteurs : le potentiel d'exception de la consultation même, certains aspects de l'organisation des soins primaires, la place de l'utilisateur dans la relation médecin-usager, l'influence des stéréotypes sur le comportement des médecins de famille et l'importance d'un espoir de rétablissement. Les habiletés en matière de communications interpersonnelles jouent également un rôle important dans le degré de satisfaction des usagers qui consultent un médecin. De plus, la participation de l'utilisateur de services de santé mentale en contexte de soins primaires dépend de certains aspects qui ne se commandent pas, soit la compréhension du prestataire, le respect de l'utilisateur et le questionnement pour connaître le point de vue de l'utilisateur.

Un certain nombre de méthodes visant à améliorer l'accès aux soins primaires pour les personnes atteintes de maladie mentale grave a été suggéré. Le rapport du Bazelon Center de 2004, celui qui traite le plus en profondeur de ce sujet, passe en revue quatre modèles, selon la mesure dans laquelle ils permettent d'abolir les obstacles communs aux soins intégrés :

1. Soins primaires intégrés aux programmes de santé mentale pour les personnes atteintes de maladie mentale grave.
2. Programmes unifiés dans lesquels les soins primaires et de santé comportementale sont combinés, en tout ou en grande partie, aux niveaux administratif et financier.
3. Regroupement de spécialistes du comportement et de prestataires de soins primaires sous le même toit.
4. Plus grande collaboration entre les différents prestataires.

Les programmes intégrés verticalement sont préférables pour offrir des soins primaires aux personnes atteintes de maladie mentale grave.



Parmi ces quatre modèles, le rapport conclut que celui des soins intégrés, puis celui des programmes unifiés, fournissent les meilleurs soins primaires aux usagers atteints de maladie mentale grave.

Quelques auteurs présentent des exemples de programmes s'adressant spécifiquement aux personnes atteintes de maladie mentale grave : le premier est un programme destiné aux usagers atteints de schizophrénie (Meadows, 2003), le deuxième est un partenariat entre un centre de psychoéducation et une faculté des sciences infirmières (Marion et coll., 2004), et le troisième est un partenariat entre un prestataire désigné de services de santé mentale externes entièrement financés par l'État et un centre médical (Crews et coll., 1998). Deux de ces modèles comportent des méthodes unifiées ou intégrées, tandis que le troisième est un modèle mis en place dans et par un contexte de soins primaires.

Une étude (Fitzpatrick et coll., 2004) portant sur les facteurs associés aux différents niveaux de soins partagés pour les personnes atteintes de maladie mentale grave conclut que les niveaux élevés de soins partagés n'ont pas de lien direct avec les caractéristiques démographiques ou cliniques. Un essai aléatoire (Druss et coll., 2001) a démontré que des soins intégrés donnés sur place améliorent la qualité et les résultats des traitements médicaux. Un autre essai (Byng et coll., 2004) visant à comparer les soins habituels avec un programme d'amélioration de la qualité ayant pour but de créer un programme de soins partagés pour les personnes atteintes de maladie mentale grave a démontré une plus grande satisfaction de la part des prestataires, mais aucun effet sur les patients.

*Servir les usagers ayant des problèmes de dépendance ou des troubles concomitants en contexte de soins primaires*

Beaucoup d'utilisateurs qui ont des problèmes de dépendance ne reçoivent pas de soins médicaux, malgré les problèmes médicaux chroniques et aigus pouvant être associés à ces problèmes (De Alba et coll., 2004; Marshall et Deehan, 1998). Cela vaut également pour les utilisateurs souffrant de troubles concomitants (p. ex. d'une maladie mentale et d'un problème de dépendance) (Osher, 2001). Dickey et ses collaborateurs (2002) ont découvert une plus grande prévalence de certains troubles médicaux parmi les adultes atteints de maladie mentale grave. Un problème de dépendance est un facteur de risque important qui exige un dépistage précoce et un traitement intégré. Saitz et ses collaborateurs (2004) signalent que, bien que la liaison entre les services de désintoxication et les soins primaires soit recommandée, on ignore encore quelle serait la meilleure façon de créer ces liens et de déterminer quels utilisateurs profiteraient le plus de tels soins ou, autrement dit, lesquels sont le plus à risque de ne pas recevoir de soins primaires.

Les utilisateurs ayant des problèmes de dépendance ou des troubles concomitants ont aussi des besoins en soins primaires qui ne sont pas satisfaits.

Les soins axés sur la collaboration sont considérés comme une méthode positive pour satisfaire les besoins en soins primaires.

De tels soins axés sur la collaboration doivent surmonter des obstacles considérables.

Les hypothèses de base en matière d'amélioration générale des soins axés sur la collaboration s'appliquent aussi aux usagers ayant des problèmes de dépendance ou des troubles concomitants. Dans une étude à répartition aléatoire, Weisner et ses collaborateurs (2001) ont démontré que les adultes ayant des problèmes de dépendance et des problèmes médicaux associés à cette dépendance étaient plus susceptibles d'être abstinents s'ils recevaient des services intégrés de soins primaires et de désintoxication. Friedmann et ses collaborateurs (2003) ont conclu que le fait d'offrir des soins primaires au sein d'un programme de désintoxication permettait d'obtenir de meilleurs résultats dans les cas de dépendance grave. Le fait de recevoir des soins primaires réduit la gravité des problèmes de dépendance chez les usagers (Saitz et coll., 2005).

De nombreux obstacles s'opposent à la liaison entre les services et les soins axés sur la collaboration, comme par exemple ceux qui sont associés à la responsabilité professionnelle, aux mesures de dissuasion financières, au désir de confidentialité des usagers et à la stigmatisation.

*Obstacles liés à la responsabilité professionnelle :*

- L'attitude négative des omnipraticiens envers les dépendances les empêche souvent de s'engager avec les usagers ayant des problèmes de dépendance (Marshall et Deehan, 1998).
- Les médecins de famille ne voient pas le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie comme un traitement médical et ils considèrent que cela n'est pas de leur ressort (Samet et coll., 2001).
- Les médecins praticiens se plaignent souvent d'être mal outillés pour traiter les problèmes de dépendance (Samet et coll., 2001).
- Les personnes qui travaillent auprès des alcooliques et des toxicomanes considèrent que les questions médicales et de santé mentale ont une importance secondaire dans le problème de la dépendance (Samet et coll., 2001).

*Obstacles liés aux mesures de dissuasion financières :*

- Les traitements des problèmes de dépendance et de santé mentale sont moins bien rémunérés que les traitements médicaux (Samet et coll., 2001).
- Bon nombre des plans de rémunération ne couvrent pas les services de désintoxication offerts par les prestataires de soins primaires (Samet et coll., 2001).

*Obstacles liés au désir de confidentialité des usagers :*

- ✎ Beaucoup de prestataires ne réalisent pas qu'ils peuvent partager les renseignements sur l'utilisateur après avoir obtenu son consentement écrit (Samet et coll., 2001).
- ✎ L'information relative à la dépendance est volontairement tenue à l'écart des dossiers médicaux (Samet et coll., 2001).

*Obstacles liés à la stigmatisation :*

- ✎ La stigmatisation associée à la maladie mentale empêche souvent les usagers de reconnaître leurs besoins et d'accepter de recevoir de l'aide.
- ✎ Cette même stigmatisation touche les prestataires, qui ne veulent pas consacrer de temps aux problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme, ou ne veulent pas être perçus comme des prestataires de soins de santé pour les usagers ayant des problèmes de dépendance (Samet et coll., 2001).

L'information concernant la meilleure façon d'intégrer les soins médicaux primaires aux programmes de désintoxication n'est pas concluante. Quant à l'intégration des soins des usagers atteints de maladie mentale grave, certains auteurs (Weisner et coll., 2001; Osher, 2001) favorisent la prestation de soins médicaux sur place, au sein des programmes destinés aux personnes ayant de graves problèmes de dépendance. Friedmann et ses collaborateurs (2000) concluent que la prestation sur place est le moyen le plus fiable d'inciter les toxicomanes à faire appel à des services auxiliaires, et que l'offre de transport et de gestion de cas sur place sont également des mécanismes de liaison importants. Samet et ses collaborateurs (2003) concluent qu'un examen médical multidisciplinaire effectué sur place, parallèlement à des entretiens de motivation, pourrait accroître la liaison avec les services médicaux pour les usagers qui ont des problèmes de dépendance et qui n'ont pas de médecin de famille. Saitz et ses collaborateurs (2004) ont poussé la question un peu plus loin et ont réussi à cerner les facteurs qui incitent les personnes traitées pour toxicomanie à faire appel aux services de soins primaires : parmi les femmes, celles qui ont profité d'un soutien social pour se désintoxiquer, celles qui n'ont pas été incarcérées récemment et celles qui ont consulté un médecin ou se sont présentées dans une clinique médicale récemment étaient plus susceptibles de s'engager dans un programme de soins axés sur la collaboration extérieure au programme de désintoxication. Les auteurs proposent de centrer les programmes offerts sur place sur les usagers les moins susceptibles d'avoir recours aux soins de santé primaires.

On propose d'offrir des soins primaires dans les programmes de désintoxication.

La désintoxication en contexte de soins primaires améliore l'accès aux soins pour les usagers.

Il est possible de lier les services de santé mentale, de désintoxication et de soins primaires.

Dans une série d'études à répartition aléatoire emboîtées, O'Malley et ses collaborateurs (2003) indiquent que la combinaison de la chimiothérapie à différentes formes de counselling en matière de dépendance à l'alcool qui est généralement offerte dans les programmes spécialisés pourrait facilement être adaptée aux contextes de soins primaires et donner des résultats similaires. Le fait d'offrir ce genre de programme en contexte de soins primaires pourrait améliorer l'accès à des traitements efficaces pour les personnes ayant des problèmes de dépendance à l'alcool, en augmentant le nombre de lieux de traitement et en proposant un lieu nouveau et possiblement préférable pour les sous-groupes qui pourraient ne pas recevoir de traitement autrement. Ces programmes pourraient faire appel à des professionnels autres que des médecins pour offrir les services de counselling ou de suivi du programme (comme on le fait dans le cas de la dépression).

Il existe des modèles réalisables de services liés de soins primaires, de santé mentale et de désintoxication (Samet et coll., 2001). De façon générale, les modèles se divisent en deux catégories : centralisés ou distributifs. Dans les modèles centralisés, les services sont offerts sous un même toit, tandis que les modèles distributifs orientent les usagers vers les services qui leur conviennent au sein d'un système de services. Voici quelques caractéristiques de ces modèles :

*Modèles centralisés :*

- Les modèles centralisés se trouvent généralement dans les cliniques de soins primaires ou les centres de désintoxication.
- Les soins sont intégrés et fournis par de multiples professionnels.
- La centralisation des services règle les problèmes de distance entre les services, de désorganisation des usagers et de manque de motivation.
- Un service centralisé dans un contexte de soins primaires pourrait être efficace pour les usagers ayant une dépendance au tabac, qui présentent un risque d'alcoolisme ou font un usage modéré des drogues.
- La dépendance se traite mieux dans les contextes qui offrent des services spécialisés.
- Tous les usagers devraient profiter de services de prévention et de soins primaires intégrés à d'autres types de soins.

*Modèles distributifs :*

- ∞ Un système de renvoi efficace est la pierre angulaire d'un modèle distributif.
- ∞ Toutefois, le renvoi ne peut à lui seul intégrer les soins si le fossé entre les soins de santé primaires et les programmes de désintoxication est trop grand.
- ∞ La gestion de cas est généralement utilisée pour faciliter le renvoi des usagers vers d'autres services.
- ∞ Les liens sont définis entre les unités de désintoxication et les établissements de soins primaires ou centres de santé communautaires œuvrant à l'intérieur du système existant.

D'autres études doivent être faites pour déterminer quels groupes d'utilisateurs profitent des différents modèles. Dans leur étude sur l'utilisation et les coûts des services intégrés de désintoxication et de soins médicaux, Parthasarathy et ses collaborateurs (2003) sont arrivés à la conclusion que cette intégration n'était pas nécessaire ou appropriée pour tous les utilisateurs. Samet et ses collaborateurs (2001) pensent que les services de désintoxication dans les contextes de soins médicaux pourraient être appropriés pour les types d'utilisateurs ci-dessous :

- ∞ Les buveurs excessifs.
- ∞ Les personnes présentant des problèmes modérés de toxicomanie.
- ∞ Les utilisateurs qui ont une dépendance aux médicaments et refusent d'être acheminés vers un service spécialisé.
- ∞ Les toxicomanes qui suivent une thérapie ailleurs, mais pour qui un traitement médical serait bénéfique.
- ∞ Les utilisateurs très peu motivés qui n'acceptent que les interventions visant à réduire les préjudices.
- ∞ Les utilisateurs nécessitant un service de désintoxication externe.

L'État de New York a défini un modèle de soins pour les personnes souffrant de problèmes concomitants qui tient compte de la gravité de la maladie mentale et de la dépendance (Osher, 2001). Ce modèle définit quatre sous-groupes de personnes atteintes de deux affections : un trouble mental moins grave et un problème de dépendance moins grave (groupe 1), un trouble mental plus grave et un problème de dépendance moins grave (groupe 2), un trouble mental moins grave et un problème de dépendance plus grave (groupe 3) et un trouble mental plus grave et un problème de dépendance plus grave (groupe 4). La responsabilité des soins est assurée de la façon suivante : prestataires de soins primaires en consultation avec des spécialistes de la santé comportementale pour le groupe 1; un des secteurs spécialisés pour les utilisateurs ayant un trouble mental grave ou un

Les modèles doivent être assez souples pour intégrer les sous-groupes d'utilisateurs.

L'intégration des services de désintoxication et des soins primaires comporte des avantages pour les usagers, les prestataires et les collectivités.

problème de dépendance grave, en collaboration avec le secteur de la santé pour le groupe 2; service de désintoxication pour le groupe 3; groupe de prestataires offrant des services intégrés aux usagers les plus atteints pour le groupe 4.

Les avantages d'intégrer les services de désintoxication et les soins médicaux primaires ont été établis séparément pour les patients, les prestataires et les collectivités (Samet et coll., 2001).

*Avantages de l'intégration pour les patients :*

- ∞ Permet de profiter de l'ensemble des services.
- ∞ Facilite l'accès à des services de désintoxication pour les patients traités dans des contextes médicaux.
- ∞ Améliore l'accès à des soins médicaux primaires pour les patients traités en désintoxication.
- ∞ Améliore le bien-être du patient et réduit la gravité des problèmes médicaux et de dépendance.
- ∞ Permet d'offrir des soins de façon plus pratique.
- ∞ Augmente la satisfaction des patients concernant le système de santé.

*Avantages de l'intégration pour les prestataires de soins de santé primaires et de soins de santé mentale :*

- ∞ Favorise le dépistage de l'alcoolisme chez les patients.
- ∞ Facilite l'inclusion de l'alcoolisme et de la toxicomanie en cas de diagnostic différentiel.
- ∞ Permet un accès plus large à l'ensemble du système de services de désintoxication.
- ∞ Améliore la prévention des rechutes dans les cas d'alcoolisme et de toxicomanie.
- ∞ Favorise le recours aux services de santé mentale pour les patients des contextes de soins primaires.
- ∞ Augmente le respect des rendez-vous et des traitements curatifs médicaux.
- ∞ Permet au personnel de recevoir de la formation sur les problèmes de dépendance.

*Avantages de l'intégration pour les prestataires de services de désintoxication :*

- ∞ Améliore les résultats des traitements de désintoxication.
- ∞ Atténue le stigmate que les prestataires médicaux associent aux problèmes de dépendance.
- ∞ Permet d'offrir de la formation sur les problèmes médicaux associés à la dépendance.
- ∞ Favorise des comportements plus sains en général (par rapport à la cigarette et à la sexualité par exemple).
- ∞ Permet aux prestataires de soins médicaux de mieux apprécier les traitements de désintoxication.
- ∞ Soutient la parité dans la rémunération des services de désintoxication.
- ∞ Permet une amélioration continue de la qualité des programmes de désintoxication.

*Avantages de l'intégration pour les collectivités :*

- ∞ Réduit les coûts de la santé et les coûts généraux à long terme.
- ∞ Réduit le chevauchement des coûts des services et de l'administration.
- ∞ Améliore les résultats des soins de santé dans des populations spécifiques.

*Servir les enfants et les adolescents ayant des problèmes de santé mentale en contexte de soins primaires*

Un certain nombre d'articles internationaux (Wells et coll., 2004; DeBar et coll., 2001; Zygowicz et Saunders, 2003; Garralda, 1998, 2001; Kramer et Garralda, 2000; Bower et coll., 2001; Walker et Townsend, 1998) traitent des besoins des enfants et des adolescents en matière de santé mentale, établissant le bien-fondé d'offrir des services de dépistage, de traitement et de prévention en contexte de soins primaires.

Les auteurs de ces articles citent des preuves épidémiologiques et parlent du niveau de soins parmi les enfants et les adolescents :

- ∞ L'incidence des cas d'agitation mentale est de un sur dix chez les enfants (Bradley et coll., 2003).
- ∞ La prévalence des cas d'agitation psychologique est de quinze pour cent chez les adolescents (Walker et Townsend, 1998). La morbidité augmente dans tous les aspects de la santé au cours de l'adolescence (Jacobson et coll., 2002).

Les besoins des enfants et des adolescents en santé mentale sont grands.

Les contextes de soins primaires sont un cadre logique pour répondre aux besoins des enfants et des adolescents en matière de santé mentale.

- Beaucoup des maladies mentales dont souffrent les adultes – trouble obsessionnel-compulsif, trouble panique, personnalité antisociale et schizophrénie – commencent à l’adolescence; le taux de suicide chez les adolescents est élevé, surtout parmi les garçons (Jacobson et coll., 2002).
- Pour deux à cinq pour cent des enfants qui se présentent dans un contexte de soins primaires, les problèmes d’ordre mental sont le principal problème énoncé (Garralda, 1998). Ce pourcentage augmente quand d’autres usagers présentant des problèmes psychologiques sont inclus dans les statistiques (Garralda, 1998).
- Les cas de dépression augmentent chez les enfants et les adolescents, suivant la tendance des adultes; jusqu’à vingt-cinq pour cent des adolescents ont eu au moins un épisode de dépression (Jacobson et coll., 2002; Wells et coll. 2001).
- Les enfants qui présentent des troubles utilisent davantage les services médicaux. Le trouble oppositionnel avec provocation est le trouble le plus courant parmi les enfants d’âge préscolaire, tandis que les enfants d’âge scolaire et les adolescents présentent davantage de troubles émotionnels que de troubles de conduite (Garralda, 1998).

Les contextes de soins primaires sont un lieu important pour traiter les enfants et les adolescents ayant des besoins en santé mentale, pour les raisons suivantes :

- La plupart des enfants sont rencontrés dans des contextes de soins primaires (Kramer et Garralda, 2000).
- Le nombre total d’enfants traités dans des services de santé mentale spécialisés est peu élevé; beaucoup d’enfants ne sont pas traités (Garralda, 2001; Cockburn et Bernard, 2004).
- Un lien a été établi entre une santé mentale fragile à l’adolescence et des comportements pouvant nuire à la santé physique à court et à long terme, et des problèmes de santé mentale à l’âge adulte (Walker et Townsend, 1998).
- « De récentes méta-analyses ont démontré que les possibilités de prévention et d’intervention précoce sont plus nombreuses chez les enfants que chez les adolescents, et que l’amélioration des talents personnels et la création de facteurs de protection sociaux peuvent être aussi importantes que la réduction des facteurs de risque individuels » (Birleson et coll., 2000, p. 38).
- Les enfants pris en charge par les organismes de protection de la jeunesse ont des besoins plus grands en santé mentale (Burns et



coll., 2004; Jacobsen et coll., 2002) et en santé physique (Blatt et coll., 1997).

- ✎ Les autres facteurs de risque associés à la maladie mentale à l'adolescence comprennent la mésentente parentale et le divorce, l'abus physique et sexuel, l'intimidation, les antécédents familiaux de trouble mental, les difficultés relationnelles, un statut socio-économique moins élevé et un niveau d'instruction moins élevé (Jacobson et coll., 2002).

Un certain nombre de publications traitent de l'importance du continuum des soins de santé mentale primaires pour les enfants et les adolescents :

- ✎ Détecter rapidement les problèmes de santé mentale (Bower et coll., 2001) et inclure possiblement le dépistage (Zygowicz et Saunders, 2003).
- ✎ Diagnostiquer et traiter les enfants présentant un trouble (Garralda, 2001).
- ✎ Offrir des interventions et des traitements appropriés pour les troubles plus légers (Garralda, 1998; Bower et coll., 2001).
- ✎ Acheminer les enfants vers des services spécialisés (Garralda, 2001).
- ✎ Appuyer le travail des services spécialisés et des familles après le rétablissement ou pendant une rechute (Garralda, 2001).
- ✎ Maintenir la promotion de la santé et la prévention des problèmes (Bower et coll., 2001; Birlson et coll., 2000; Walker et Townsend, 1998; Garralda, 2001; Jacobsen et coll., 2002), les ressources destinées à la prévention (Walker, 2003) et la prévention primaire et secondaire chez les adolescents (Walker et Townsend, 1998).

Offrir des services en contexte de soins primaires comporte les avantages suivants (Kramer et Garralda, 2000) :

- ✎ L'omnipraticien connaît souvent la famille et son histoire.
- ✎ La médecine générale est jugée moins stigmatisante.
- ✎ Les usagers préfèrent cette option.

La capacité de répondre aux besoins en santé mentale des enfants et des adolescents dans les contextes de soins primaires classiques est limitée par un certain nombre de facteurs. Dans une étude d'un échantillon de 324 omnipraticiens, Cockburn et Bernard (2004) ont trouvé des lacunes dans les connaissances, les habiletés, les compétences et la formation mentionnées par les médecins :

- ✎ De nombreux répondants considèrent que leurs compétences sont moins que satisfaisantes pour traiter des enfants de trois groupes

L'accent devrait être mis sur le diagnostic, l'élaboration d'interventions appropriées, la participation de la famille, la prévention et la promotion de la santé mentale.

Les prestataires de soins primaires ont besoin de plus de formation pour traiter les problèmes de santé mentale des enfants et des adolescents.

d'âge, et c'est avec les enfants d'âge préscolaire qu'ils se sentent le moins compétents.

- Leurs compétences varient selon le type de problème : plus d'omnipraticiens considèrent qu'ils sont moins compétents pour traiter les comportements perturbateurs et les troubles de l'alimentation.
- Les répondants considèrent que leurs connaissances sont moins que satisfaisantes en ce qui a trait à la nature, au déroulement et au traitement des problèmes de santé mentale des enfants et des adolescents.
- Peu de répondants jugent que la formation qu'ils ont reçue est utile. Ils aimeraient avoir plus de formation sur une variété de sujets, notamment l'utilisation des médicaments psychotropes, le traitement et la gestion des problèmes des enfants et des adolescents, l'évaluation du risque de suicide et les troubles de l'alimentation.

Une meilleure connaissance des rôles dans le continuum des soins de santé mentale pour enfants et adolescents est requise.

Ces lacunes dans les connaissances, les habiletés et les compétences créent de l'incertitude quant à ce qui constitue un renvoi approprié des enfants et des adolescents vers des services de santé mentale de niveau secondaire, et limitent le traitement des problèmes qui pourraient être pris en charge par les soins primaires. Mildred et ses collaborateurs (2000), dans leur rapport sur un projet pilote australien, suggèrent que l'établissement de liens entre les usagers d'un programme public de santé mentale des enfants et les médecins de famille augmente les occasions de partager les soins.

D'autres preuves sont requises pour déterminer l'efficacité et l'efficacé des traitements.

Il y a beaucoup de points obscurs concernant les interventions qui pourraient être efficaces pour traiter les enfants et les adolescents en contexte de soins primaires. Dans un examen systématique, Bower et ses collaborateurs (2001) ont trouvé que le manque de preuves de l'efficacité et de l'efficacé des programmes était frappant. Ils remarquent que les preuves préliminaires provenant de nombreuses études assez imprécises indiquent que les traitements fournis par du personnel spécialisé dans un contexte de soins primaires sont efficaces, mais il n'y a aucune information quant à leur rentabilité. De plus, certaines initiatives de formation visant à accroître les habiletés et la confiance du personnel des soins primaires étaient prometteuses, mais peu d'évaluations ont été faites par la suite et peu d'entre elles ont révélé des changements dans le comportement des professionnels. Dans l'ensemble, on trouve très peu d'information sur le processus de mise en œuvre des différents modèles dans les contextes de médecine générale (Macdonald et coll., 2004). De nombreux auteurs s'entendent sur le fait qu'un programme de recherche et d'évaluation de grande ampleur est requis dans ce domaine.

La question des soins de santé mentale primaires axés sur la collaboration destinés aux enfants et aux adolescents est abordée dans quelques pays (p. ex. l'Angleterre et l'Australie), et dans des secteurs connexes qui demandent que les partenariats soient élargis (p. ex. le secteur de l'éducation). De façon générale, les défenseurs des soins axés sur la collaboration donnent souvent les mêmes raisons pour que des soins de santé mentale primaires axés sur la collaboration soient fournis aux enfants et aux adolescents, comme on le fait pour les adultes et les groupes spéciaux (Flaherty et coll., 1998).

- ∞ Rejoindre plus efficacement les gens.
- ∞ Réduire les chevauchements dans les coûts et les services, qui se font rares – un avantage pour les organismes de financement.
- ∞ Améliorer la qualité des soins en mettant à profit l'expérience de plusieurs professionnels pour créer un plan de traitement plus efficace.
- ∞ Favoriser le partage des décisions et des responsabilités entre les prestataires.
- ∞ Accroître et améliorer les communications et les négociations.
- ∞ Profiter de la supervision de collègues et de réseaux de soutien.
- ∞ Faire davantage attention aux autres prestataires.
- ∞ Sensibiliser aux questions cliniques et éthiques.

Il existe six modèles de soins axés sur la collaboration pour les enfants et les adolescents qui sont le reflet de ceux utilisés pour les adultes, et qui pourraient renforcer le rôle des soins primaires :

1. Prise en charge accrue par les professionnels des soins primaires et de la communauté, comme les médecins de famille et les infirmières de la santé publique (Bower et coll., 2001).
2. Prise en charge par des spécialistes de la santé mentale travaillant dans un contexte de soins primaires (déplacement des services de consultations externes) (Bower et coll., 2001; Garralda, 2001; Kramer et Garralda, 2000; Appleton et Hammond-Rowley, 2000; Abrahams et Udwin, 2002).
3. Modèle de consultation-liaison dans lequel le spécialiste appuie la prise en charge par les prestataires de soins primaires, au lieu d'assurer lui-même cette prise en charge (modèles de participation) (Bower et coll., 2001; Garralda, 2001; Kramer et Garralda, 2000).
4. Équipe interdisciplinaire de soins primaires (Kramer et Garralda, 2000; Bower et coll., 2001; Gale et Vostanis, 2003).
5. Prestataires de soins de santé mentale primaires travaillant seuls dans un service de santé mentale pour enfants et adolescents qui

Les soins axés sur la collaboration peuvent accroître l'efficacité, réduire les chevauchements de services et favoriser le partage des responsabilités et des décisions.

De nombreux modèles sont possibles.

offrent tous les éléments de soins à un groupe précis, ou certains éléments (p. ex. consultation, formation et liaison) à l'ensemble de la population (Gale et Vostanis, 2003).

6. Équipes de soutien des familles comprenant des intervenants en santé, en éducation et en travail social, et couvrant trois organismes – travaillant sous les ordres d'un responsable opérationnel (Walker, 2003).

Dans leur étude de groupes de sous-traitants au Royaume-Uni, Bradley et ses collaborateurs (2003) ont examiné la disponibilité et la fréquence du travail à la jonction des soins primaires et des soins de santé mentale pour enfants et adolescents. Ils ont découvert que, malgré que la plus grande partie des groupes interrogés (124 sur 150) aient participé à des programmes de formation et d'éducation avec les services primaires, seulement un tiers d'entre eux avaient mis en œuvre une forme quelconque de programme de collaboration. Le peu de programmes officiels mis en œuvre dans les contextes de médecine générale comprenaient des consultations cliniques structurées, des études de cas conjointes ou le déplacement de services de consultations externes. Parmi tout cela, ce sont les travailleurs de la dernière option qui passaient le plus de temps en moyenne avec les usagers, mais ils en voyaient moins.

Macdonald et ses collaborateurs (2004), dans une étude plus exhaustive de six groupes, ont trouvé trois modèles de soins de santé primaires axés sur la collaboration : les activités d'approche du service spécialisé sont gérées par l'équipe de santé mentale des enfants et adolescents; les services sont fournis dans le contexte de soins primaires, avec quelques contacts avec le service spécialisé; le travail d'équipe est géré indépendamment des soins primaires et des soins spécialisés. Ces facteurs, qui ressortent de l'étude et ont influencé la mise en œuvre, pourraient avoir leur importance dans d'autres applications :

- Négociations et planification préliminaires avec le personnel des soins primaires afin d'établir les postes des travailleurs du service de soins primaires.
- Souplesse dans le mélange de travail direct et de consultation-liaison aux premiers stades de développement du service afin de créer de bonnes relations de travail et d'inciter à la bonne volonté.
- Locaux des travailleurs à proximité de ceux du personnel des soins primaires.
- Bonnes habiletés en relations interpersonnelles chez les travailleurs participant à la création du service, et formation et préparation en vue de fournir des conseils et un soutien efficace.

### *Populations rurales*

La prestation de soins de santé mentale axés sur la collaboration dans les communautés rurales exige une connaissance des plus grands défis que pose la prestation des services de santé physique et de santé mentale en dehors des centres urbains. Ces défis sont abordés dans les publications sur la santé mentale. Un certain nombre d'auteurs (Ryan-Nicholls et coll., 2003; McCabe et Macnee, 2003; Badger et coll., 1999; Fuller et coll., 2004) font ressortir les points suivants :

- ∞ Les besoins dans les communautés rurales ne sont pas moins variés que dans les centres urbains.
- ∞ Généralement, il est beaucoup plus difficile d'offrir une gamme adéquate de services de santé.
- ∞ Les résidents des communautés rurales ont plus de blessures, sont en moins bonne santé, ont plus de maladies chroniques et se considèrent en moins bonne santé que leurs homologues urbains.
- ∞ Les résidents des communautés rurales n'ont pas un accès adéquat aux soins de santé et ils font face à plus de fermetures d'hôpitaux.
- ∞ Beaucoup de communautés rurales vivent une pénurie de médecins et de psychiatres de première ligne.
- ∞ Les communautés rurales souffrent des ralentissements économiques, et les résidents ont l'impression d'avoir perdu la maîtrise de leur propre vie et de leur communauté, et subissent souvent des conséquences comportementales et psychologiques chroniques et aiguës qui ne sont pas diagnostiquées.
- ∞ Les contextes de santé ruraux sont moins susceptibles d'offrir des services de santé mentale et, s'ils offrent ces services, le choix est limité et les soins sont souvent fournis par des non-professionnels.
- ∞ L'éloignement géographique des centres où sont offerts des services de santé mentale est un obstacle de taille.
- ∞ Les stigmates associés à la maladie mentale sont plus importants dans les communautés rurales. Le fait que tout le monde se connaît réduit l'anonymat et les gens ne veulent pas qu'on pense qu'ils ont une maladie mentale. Ils ne veulent pas, par exemple, participer à un programme autonome de santé mentale basé sur la communauté.
- ∞ Le manque de services spécialisés en santé mentale dans les communautés rurales peut inciter les personnes ayant des besoins importants à déménager dans un centre urbain pour obtenir de l'aide.

Les besoins en santé mentale sont plus grands dans les communautés rurales que dans les centres urbains.

Il manque de ressources pour satisfaire les besoins en santé mentale.

Badger et ses collaborateurs (1999) soulignent d'autres défis :

- ✎ Pour les médecins en soins primaires qui diagnostiquent des problèmes de santé mentale chez leurs patients, des questions demeurent : Qui va traiter cette personne? Quel traitement lui sera offert? Où se fera ce traitement?
- ✎ Certaines études ont démontré que les résidants des communautés rurales résistent davantage au renvoi vers des services spécialisés.
- ✎ Les longues listes d'attente, les déplacements pour consulter des services spécialisés et le suivi inadéquat sont également des obstacles.
- ✎ Les résidants des communautés rurales peuvent juger que leurs problèmes ne sont pas d'ordre psychiatrique et refuser que le traitement se concentre sur les symptômes psychiatriques.
- ✎ Les résidants des communautés rurales préfèrent être soignés dans des contextes de soins primaires, à cause de leur vision intrinsèquement plus holistique des problèmes mentaux, physiques et sociaux.
- ✎ Les résidants des communautés rurales ont à cœur leur indépendance et leur vie privée.

Il faut plus de professionnels de la santé en première ligne des soins primaires.

Trois articles présentent des modèles de soins de santé mentale intégrés en contexte rural : deux sont des modèles conceptuels et l'autre est basé sur une étude du système de santé des anciens combattants des États-Unis. Badger et ses collaborateurs (1999) proposent d'intégrer des services psychosociaux dans les établissements de soins primaires des communautés rurales en employant des travailleurs sociaux qualifiés en interventions psychosociales. Les auteurs recommandent que les médecins en soins primaires en supervisent la mise en œuvre, puisque ces services sont dans le meilleur intérêt des usagers, qui en ont besoin, et des médecins, qui sont débordés. McCabe et Macnee (2003) proposent un modèle de soins infirmiers de pratique avancée pour traiter les résidants des communautés rurales atteints de maladie mentale, et appuyer leurs familles. Ce modèle fait appel aux réseaux communautaires constitués par les aidants naturels, les prestataires de soins médicaux, les groupes confessionnels, la police, les pharmaciens et d'autres intervenants. Les trois étapes du modèle d'intégration sont particulièrement intéressantes, puisqu'elles décrivent comment les partenaires s'unissent pour mieux servir les usagers. Ces étapes reflètent les aspects clés que sont la présence physique, les structures (p. ex. les relations interpersonnelles, la communication, le mélange de prestataires, le point d'accès aux prestataires, la gestion de l'information) et les rôles du prestataire et de l'utilisateur.

Kirchner et ses collaborateurs (2004) ont analysé la mise en œuvre d'un modèle de soins intégrés dans deux cliniques externes rurales destinées aux anciens combattants où des infirmières de pratique avancée prodiguaient des soins de santé mentale et de désintoxication. Cette approche a eu du succès dans une seule des cliniques. Une analyse de données qualitatives, recueillies lors d'une série d'entrevues avec des employés clés des deux établissements, a révélé un certain nombre de facteurs contextuels et organisationnels qui ont influé sur la réussite de l'initiative. Le leadership en matière de changement interne, ainsi que l'attitude et les croyances du personnel ont été des variables contextuelles. Les caractéristiques organisationnelles des cliniques et les communautés ont également joué un rôle. La clinique qui a connu du succès affichait les caractéristiques suivantes :

- ∞ Un ardent défenseur du changement interne pendant toute la durée du projet.
- ∞ Du personnel convaincu que la dépression pouvait être traitée efficacement en contexte de soins primaires et que l'ajout de personnel qualifié pouvait permettre à un plus grand nombre d'utilisateurs souffrant de problèmes de santé mentale et de dépendance de recevoir des traitements.
- ∞ Une attitude positive quant au genre de personne apte à occuper le poste (personne ayant les traits de caractère appropriés et la capacité de s'adapter).
- ∞ La responsabilité de la personne occupant le poste par rapport au personnel médical de niveau supérieur, la clarté de ses fonctions et sa concentration sur ces fonctions (p. ex. ne pas assumer de soins infirmiers additionnels ne se rapportant pas aux problèmes de santé mentale et de dépendance).
- ∞ La participation régulière aux réunions et à la gestion partagée des soins, basée sur une participation égale des prestataires.
- ∞ L'ouverture face au changement.
- ∞ La malléabilité des structures de pouvoir officielles et non officielles.
- ∞ La reconnaissance des limites du filet de sécurité au sein de la communauté et, par conséquent, de la nécessité de résoudre les problèmes au sein de la clinique.

Quatre articles australiens présentent des modèles créatifs de soins de santé mentale primaires en milieu rural. Malcolm (2000, 2002) explique les résultats positifs que les utilisateurs, les médecins et la communauté ont retirés d'un programme de soins partagés non coûteux qui emploie une infirmière psychiatrique pour travailler dans l'établissement de médecine

Le leadership en matière de changement et l'attitude du personnel influent sur la réussite des programmes de collaboration dans les communautés rurales.

La satisfaction des besoins des communautés rurales repose sur l'aspect pratique.

générale et dans la communauté. La particularité de ce programme réside dans le rôle à multiples facettes que joue l'infirmière, notamment : consultation directe avec l'utilisateur, éducation des travailleurs sociaux, des groupes communautaires et du grand public, amélioration des compétences des médecins de famille en matière de counselling et de la capacité du personnel des soins primaires de diagnostiquer les problèmes et d'acheminer les usagers vers le service de santé mentale, et, finalement, recherche. Il est intéressant de souligner que lorsque le financement du projet a été remis en cause, la communauté a soutenu le maintien de ce poste, le jugeant très utile.

Judd et ses collaborateurs (2004) font état des efforts déployés dans la région rurale de Victoria pour réunir deux programmes d'éducation en santé mentale en une seule démarche intégrée, et l'utiliser ensuite pour élaborer un modèle progressif de soins axés sur la collaboration. Les principes sous-jacents du programme d'éducation étaient les pratiques basées sur l'expérience clinique, l'intégration et la continuité des soins. Le programme reconnaissait également le rôle central de l'omnipraticien dans la prise en charge des usagers ayant des problèmes de santé mentale légers à modérés. Les besoins de formation des omnipraticiens et des autres cliniciens étaient surtout liés à la création d'un langage et d'une méthode de traitement communs à l'ensemble du système. Le programme progressif offrait la possibilité d'améliorer les compétences et un soutien aux omnipraticiens.

Fuller et ses collaborateurs (2004) décrivent un processus de développement communautaire mis en place avec des intervenants de milieu rural pour améliorer les stratégies de soins de santé mentale primaires dans d'autres régions. Les résultats ont confirmé l'hypothèse selon laquelle l'accessibilité aux services, l'acceptation par les prestataires et le travail d'équipe sont de sérieux obstacles à la prestation de services de santé mentale en milieu rural. Un des obstacles à l'intégration des soins réside dans la différence des méthodes utilisées pour prodiguer les soins : les médecins sont des travailleurs autonomes et travaillent seul ou dans un cadre de médecine de groupe, tandis que les équipes de santé mentale sont constituées d'employés salariés payés par l'État. La collaboration a été encouragée par la création de nouveaux partenariats et l'établissement d'une définition commune des rôles de tous les intervenants. Tous les prestataires pertinents ont été regroupés dans une même structure. Ce groupe avait pour objectif d'abattre les frontières entre les prestataires, d'encourager le personnel à trouver de nouvelles ententes de travail, de planifier un système pouvant répondre à la gamme des besoins en santé mentale et d'assurer le leadership grâce à un nouveau coordonnateur des soins primaires et de santé mentale, et d'appuyer les travailleurs sociaux de la localité (qui sont souvent le premier point de contact des personnes



en état de crise dans les communautés rurales) en mettant en place des réseaux locaux.

*Servir les personnes âgées ayant des problèmes de santé mentale en contexte de soins primaires*

La plupart des publications qui traitent des besoins en santé mentale dans les contextes de soins primaires portent sur le traitement de la dépression. Une attention considérable a été accordée aux besoins des adultes plus âgés et, plus récemment, aux démarches de collaboration pour traiter la dépression chez les personnes âgées. Étonnamment, aucun des articles n'aborde la question des soins primaires prodigués en cas de démence. Au moins quatre exposés de synthèse fournissent une analyse exhaustive de la dépression (Callahan, 2001 ; Oxman et coll., 2003 ; Schwenk, 2002 ; Speer et Schneider, 2003). D'autres publications de différents pays traitent des besoins des personnes âgées en matière de santé mentale, et donnent des exemples d'autres modèles de soins axés sur la collaboration.

L'incidence et la prévalence des troubles mentaux chez les personnes âgées sont mentionnées dans la documentation. Callahan (2001) souligne qu'aux États-Unis, les personnes âgées représentent 12 pour cent de la population totale, et que deux millions d'entre elles souffrent de dépression; les personnes âgées comptent également pour 20 pour cent des 30 000 décès par suicide par année (Luoma et coll., 2002). Parmi les personnes âgées qui demandent de l'aide, la dépression représente 16 pour cent des 500 000 cas d'hospitalisation; les personnes de 65 ans et plus dépensent 700 millions \$ pour les trois médicaments psychotropes les plus vendus. Crawford et ses collaborateurs (1998) rapportent un taux de prévalence jusqu'à 16 pour cent au Royaume-Uni, où la dépression est le trouble psychique le plus courant parmi les personnes âgées. Gallo et Coyne (2000) remarquent que le vieillissement actuel de la population mondiale va entraîner une augmentation du nombre de personnes âgées souffrant de dépression.

Les besoins des personnes âgées en matière de santé mentale sont bien connus, tout comme les défis que doivent relever les prestataires de soins primaires pour répondre à ces besoins (Ólafsdóttir et coll., 2001). La dépression chez les personnes âgées provoque une déficience fonctionnelle qui nuit à l'espérance de vie et à sa qualité (Callahan, 2001; Gallo et Coyne, 2000; Schwenk, 2002). La dépression complique souvent le traitement des autres problèmes médicaux (Callahan, 2001; Fisher et coll., 2003; Schwenk, 2002) et elle est souvent concomitante à de nombreux autres problèmes, comme la démence, l'accident vasculaire cérébral, la maladie de

La dépression chez les personnes âgées a fait l'objet de nombreuses recherches.

Parkinson, l'infarctus du myocarde et la fracture de la hanche (Callahan, 2001).

Les défis que pose le traitement des personnes âgées souffrant de dépression ont fait l'objet de nombreuses discussions. En voici quelques exemples :

- L'idée fausse que la dépression est une conséquence naturelle du vieillissement, ce qui peut mener à la conclusion qu'un traitement pourrait être inutile (Gallo et Coyne, 2000 ; Schwenk, 2002 ; Unützer et coll., 2001).
- Les contraintes de temps dans les contextes de soins primaires, qui ne permettent pas de traitement quand des rendez-vous plus longs sont requis (Oxman et coll., 2003 ; Unützer et coll., 2001).
- La tendance des médecins et des usagers à se concentrer sur les symptômes apparents et les problèmes aigus, au lieu d'examiner les problèmes sous-jacents (Gallo et Coyne, 2000 ; Oxman et coll., 2003).
- Les limites des plans de rémunération, qui ne permettent pas un codage et une facturation précis des soins de santé mentale (Oxman et coll., 2003 ; Schwenk, 2002).
- Le manque de parité dans les régimes d'assurance des soins de santé mentale, qui réduit la capacité des médecins en soins primaires de fournir tout l'éventail des soins entièrement remboursés, comme ils le font pour d'autres maladies chroniques (Schwenk, 2002).
- Les stigmates que vivent les personnes âgées, qui les empêchent de rechercher les soins appropriés et de parler précisément de leurs symptômes (Gallo et Coyne, 2000 ; Schwenk, 2002).
- Comme dans les autres groupes d'usagers, la préférence des personnes âgées de se faire soigner dans un contexte de soins primaires et leur hésitation à se laisser diriger vers des services de santé mentale spécialisés (Callahan, 2001).

Les méthodes utilisées pour traiter les personnes âgées en contexte de soins primaires sont évoquées dans quelques articles. Raymond et ses collaborateurs (2004) décrivent la création d'un service de soins de santé mentale pour personnes âgées dans le Territoire de la capitale de l'Australie. Le modèle de consultation-liaison créé au départ pour les omnipraticiens, et qui comprenait un psychiatre à temps partiel et une infirmière à temps plein expérimentée en santé mentale des personnes âgées, s'est transformé en modèle de soins multidisciplinaires davantage axé sur la collaboration avec le temps.

Pour déterminer le meilleur endroit où traiter les personnes âgées souffrant de dépression légère, Arthur et ses collaborateurs (2002) ont effectué un essai clinique comparatif à répartition aléatoire sur la prise en charge des personnes âgées en contexte de soins primaires. Tous les participants ont subi un examen médical comprenant une échelle d'évaluation de l'état dépressif. Les personnes qui ont atteint ou dépassé le seuil établi ont été orientées vers une évaluation de suivi par une équipe de santé mentale communautaire ou vers les soins habituels d'un omnipraticien. Le suivi n'a pas amélioré efficacement les résultats pour les usagers souffrant de dépression légère. Les auteurs recommandent que des spécialistes en santé mentale travaillent avec le personnel des établissements de médecine générale pour améliorer les soins directement dans les contextes de soins primaires.

Un seul article aborde la question des problèmes de dépendance chez les personnes âgées et les contextes médicaux. En examinant trois problèmes de dépendance – la cigarette, la consommation excessive d'alcool et le jeu – Stewart et Oslin (2001) font ressortir les occasions d'étendre ou d'améliorer le traitement de chacune de ces dépendances en contexte de soins primaires. Dans l'ensemble, ils recommandent que des spécialistes de la santé mentale travaillent dans les établissements de soins primaires pour coordonner et fournir des services d'évaluation et de traitement dans le cadre d'une démarche complète axée sur la collaboration.

Oxman et ses collaborateurs (2003) examinent trois générations de recherche sur les soins axés sur la collaboration visant à satisfaire les besoins des personnes souffrant de dépression dans les contextes de soins primaires. La première génération de recherche a démontré que les programmes de collaboration qui impliquaient un spécialiste de la santé mentale sur place et un clinicien en soins primaires avaient permis de surmonter les obstacles qui s'opposent systématiquement aux soins, et amélioré la qualité des soins ainsi que les résultats pour les personnes souffrant d'une grave dépression. Des questions ont alors été soulevées concernant les coûts élevés et l'intensité de cette démarche dans le contexte des soins axés sur la collaboration. La deuxième génération de recherche a introduit le concept de la prise en charge des maladies chroniques et exploré certains ajouts qui pouvaient être faits, comme l'éducation des médecins et des usagers, les registres d'usagers et la présence de prestataires non spécialisés pour prodiguer les soins sous la supervision d'un spécialiste de la santé mentale. En règle générale, ce modèle a augmenté la fréquence des contacts avec les usagers, il a permis de suivre de plus près les résultats et le respect du traitement prescrit, et favorisé l'acheminement des usagers ayant obtenu de mauvais résultats au niveau des soins primaires. Dans l'ensemble, ces études ont démontré que l'utilisation de directives de traitement intégrées à une méthode de

Puisque les personnes âgées préfèrent être traitées dans les contextes de soins primaires, l'accent devrait être mis sur l'amélioration des soins en contexte de soins primaires.

traitement concertée et longitudinale et à des pratiques d'intervention donne des résultats supérieurs à ceux des soins habituels; elle améliore le respect du traitement prescrit, les résultats et la satisfaction de l'utilisateur. D'autres questions, par contre, demeurent sans réponse : Comment les résultats des essais peuvent-ils être transposés dans une véritable communauté de praticiens en gardant la même efficacité? Dans quelle mesure ces interventions peuvent-elles s'appliquer aux personnes âgées? Comment la différence entre les résultats des essais d'efficacité peut-elle se traduire dans les essais d'effet utile, quand la recherche est effectuée dans des contextes non universitaires?

Beaucoup de ces observations trouvent un écho dans d'autres exposés de synthèse, y compris ceux de Callahan (2001) et Schwenk (2002).

La dernière génération de recherche s'est concentrée plus précisément sur les personnes âgées et la prestation de soins primaires axés sur la collaboration. Quatre importantes études axées sur le système qui sont en cours présentement aux États-Unis sont résumées dans l'article d'Oxman et ses collaborateurs (2003), et dans un grand nombre des publications extraites de la présente recherche documentaire.

L'essai *Primary Care Research in Substance Abuse and Mental Health for the Elderly* compare l'utilisation des services, les résultats et les coûts de modèles de soins de santé mentale intégrés et améliorés destinés à des personnes âgées présentant des problèmes de dépression, d'anxiété ou de consommation à risque d'alcool dans dix établissements de santé et trente cabinets. Dans leur exposé sur l'essai, Bartels et ses collaborateurs (2004) concluent que le modèle de soins intégrés a traité un plus grand nombre d'utilisateurs, indépendamment de la nature de leur problème, que le modèle de soins améliorés, et que les soins intégrés étaient associés à un plus grand nombre de visites pour chaque client ayant des problèmes de santé mentale et de dépendance. Les soins intégrés et les souffrances psychologiques plus importantes causées par la dépression et l'abus d'alcool ont donné lieu à un plus grand engagement envers les soins. Et la proximité des services de santé mentale et de désintoxication par rapport aux soins primaires a également favorisé un plus grand engagement.

L'étude *Improving Mood : Promoting Access to Collaborative Treatment (IMPACT)* combinait des soins progressifs et axés sur la collaboration pour les personnes âgées souffrant de dépression, et incluait une brève psychothérapie et la gestion de la pharmacothérapie (voir l'article de Unützer et coll., 2001 pour connaître les détails de la méthodologie). D'après les résultats obtenus avec les personnes âgées (Unützer et coll., 2002) et les personnes âgées atteintes d'arthrite (Lin et coll., 2003), les soins axés sur la collaboration ont semblé plus efficaces que les soins habituels dans les deux cas. Dans leur étude qualitative, Oishi et ses collaborateurs

Quatre importantes recherches se concentrent sur le traitement de la dépression chez les personnes âgées.

(2003) explorent l'intégration du modèle IMPACT dans différentes cultures de soins primaires, du point de vue des questionnaires des traitements de la dépression.

L'étude *Prevention of Suicide in Primary Care Elderly : Collective Trial* (PROSPECT), un essai financé par le National Institute of Mental Health, avait pour objectif d'évaluer si le traitement de la dépression en contexte de soins primaires pouvait réduire les risques de suicide chez les personnes âgées. Dans le volet de l'étude qui porte sur le traitement, un questionnaire de traitements de la dépression a contribué au respect d'un algorithme de traitements. Une série d'articles sur les aspects clés de l'essai ont été publiés en 2001 dans le volume 16 du *International Journal of Geriatric Psychiatry* :

- ∞ Discussion sur les interventions auprès des personnes âgées dépressives traitées en contexte de soins primaires (Alexopoulos et le groupe PROSPECT).
- ∞ Premières leçons tirées de l'étude sur l'utilisation d'une plus vaste stratégie pour diagnostiquer les troubles dépressifs chez les patients âgés des soins primaires, afin d'y inclure les symptômes de dépression et les patients qui disent prendre des médicaments psychotropes ou avoir déjà eu des épisodes de dépression (Coyne et coll.).
- ∞ Facteurs associés à la sélection d'outils à utiliser en contexte de soins primaires (Raue et coll.).
- ∞ La méthode d'échantillonnage de l'étude (Coyne et coll.).
- ∞ Le rôle du spécialiste de la santé dans la gestion de la dépression en contexte de soins primaires (Schulberg et coll.).
- ∞ Élaboration de l'algorithme des traitements utilisé dans le cadre de l'étude (Mulsant et coll.).
- ∞ Élaboration de directives de gestion des risques pour les patients âgés suicidaires traités en soins primaires (Brown et coll.).

Reynolds (2003) fournit également une description générale de l'étude. À ce jour, les résultats de l'étude n'ont pas été mentionnés dans des publications approuvées par des collègues, bien qu'Oxman et ses collaborateurs (2003) mentionnent que les résultats préliminaires ont révélé que les symptômes de dépression des usagers qui étaient pris en charge se sont atténués plus rapidement – aussi bien leur réaction au traitement que la rémission de leur dépression.

Finalement, l'étude *Reengineering Systems for Primary Care Treatment of Depression* a examiné un modèle clinique en trois parties de gestion de la dépression en contexte de soins primaires et un modèle de changement de pratique visant à soutenir l'utilisation locale du modèle clinique.

Le modèle a été mis en application dans différentes organisations de santé en trois étapes. Selon Oxman et ses collaborateurs (2003) ainsi que Dietrich et ses collaborateurs (2004), les résultats préliminaires de l'utilisation de ce modèle et des modifications au programme démontrent une forte participation et une excellente réaction à court terme. Les résultats de la phase deux nous apprendront si les établissements ont continué de faire des changements systématiques et si ces changements se sont étendus à d'autres pratiques que celles incluses dans l'étude.

Oxman et ses collaborateurs (2003), dans un résumé collectif de ces essais cliniques, soulignent que les changements apportés au système ont donné de meilleurs résultats pour les patients âgés que les traitements habituels de la dépression dans un large éventail de contextes de soins de santé primaires. Bien que les services de santé mentale spécialisés offrent des traitements plus intensifs et plus coûteux, donnant possiblement de meilleurs résultats cliniques, les auteurs mentionnent que les patients, jeunes ou vieux, sont plus susceptibles d'accepter un traitement de la dépression s'il est prodigué dans un contexte de soins primaires. Certains éléments du programme pourraient être mis en application dans la plupart des établissements de soins primaires, avec le soutien de spécialistes en santé mentale qui joueraient un rôle de consultation et de supervision. Les facteurs requis pour favoriser un changement de système sont un solide soutien administratif, un leadership de la part des médecins et l'accès à des données crédibles.

#### *Autres groupes ayant des besoins spéciaux*

Peu d'articles traitent des soins de santé mentale et primaires destinés à d'autres groupes ayant des besoins spéciaux. Dans leur étude des besoins des sans-abri, Wright et ses collaborateurs (2004) décrivent les principes de la meilleure méthode pour gérer leurs problèmes de santé courants et déterminer les obstacles nuisant à la prestation de services pour cette clientèle, notamment les heures d'ouverture des cliniques médicales, la prise de rendez-vous, l'emplacement des cliniques, les mesures de dissuasion financières et la discrimination. Les auteurs favorisent la création de programmes de soins primaires spécialisés pour les sans-abri, quand c'est faisable, dans les grands centres urbains qui emploient une personne responsable de la réinstallation et de la liaison avec la clinique de médecine générale. De plus, l'énoncé de principes du Royal College of General Practitioners (Angleterre) concernant les sans-abri et les soins primaires recommande que les établissements de soins primaires consacrent des ressources à des services permanents destinés aux sans-abri; qu'ils recueillent des données sur le nombre de sans-abri que compte leur secteur; et qu'ils favorisent les liens entre les organismes et l'élaboration de protocoles et de modes opératoires visant l'intégration du

Les sans-abri des grands centres urbains ont besoin de soins primaires intégrés et spécialisés.

travail et la coordination des soins. Des liens additionnels devraient être créés avec des services de logement, des services sociaux et des organismes bénévoles qui pourraient servir cette population.

Holleman et ses collaborateurs (2004) donnent l'exemple d'un modèle de collaboration destiné aux sans-abri qui a été créé dans un centre de transition de Houston, au Texas. Les problèmes et les obstacles que vivent les sans-abri exigent des méthodes créatives axées sur la collaboration. Le modèle comportait quatre composantes, gérées par des équipes mixtes de professionnels :

1. Indépendance et responsabilisation – groupe de soutien psychopédagogique pour les personnes souffrant de maladies et de déficiences chroniques, dirigé par un médecin de famille et un thérapeute familial.
2. Création de meilleures familles – séances d'information sur la famille d'origine, données par des psychologues familiaux, des thérapeutes familiaux et des résidents en médecine familiale.
3. Encadrement familial – programme de dépistage et d'encadrement, combiné à la gestion de cas et à la thérapie familiale.
4. Gestion de médicaments en collaboration – programme de gestion de médicaments supervisé par un médecin de famille et un psychologue familial.

Ensemble, ces programmes novateurs ont eu des effets bénéfiques pour les participants et les professionnels.

Des besoins similaires ont été remarqués chez les personnes atteintes du VIH, surtout chez les femmes et les gens de couleur. Dodds et ses collaborateurs (2000, 2004) font état du projet Whole Life, qui intègre des soins de santé mentale et des soins primaires du VIH pour les femmes. Ce projet est le fruit de la collaboration entre les départements de psychiatrie, d'obstétrique et de gynécologie de la faculté de médecine de l'Université de Miami. La force de ce projet réside dans son processus : un modèle théorique a d'abord été conçu, puis mis en œuvre et évalué dans un groupe de femmes de couleur. Il a clairement démontré que les principes et les stratégies d'intégration des services peuvent s'appliquer efficacement à une population complexe sur le plan clinique.

Dans leur rapport sur l'utilisation de services psychiatriques intégrés à des soins primaires pour personnes atteintes du VIH dans une clinique médicale communautaire de la ville de New York, Budin et ses collaborateurs (2004) en arrivent à la conclusion que des services psychiatriques adaptés à la culture et intégrés à des soins primaires répondent mieux aux besoins des usagers souffrant d'affections multiples.

Les personnes atteintes du VIH ont également besoin de soins intégrés.

Les groupes ethniques ont besoin de soins axés sur la collaboration qui respectent leurs diversités culturelles.

Des interventions psychiatriques plus vastes sont requises, en même temps que les interventions médicales. Les résultats des travaux menés par Hoffman et ses collègues (2004) dans la planification d'un programme de soins intégrant le VIH, l'hépatite et les dépendances mis en œuvre au Massachusetts indiquent que des méthodes intégrées peuvent accroître l'efficacité et améliorer la communication et la coordination entre les usagers, les prestataires et les organismes de financement.

Les soins axés sur la collaboration destinés à des groupes ethniques, comme les immigrants chinois, doivent être basés sur une connaissance approfondie de la culture. Yeung et ses collaborateurs (2004) traitent d'un programme de collaboration en soins primaires et en santé mentale conçu pour améliorer le renvoi vers des services spécialisés et l'acceptation du traitement par les Sino-Américains de Boston. Ce programme, qui est une réplique du projet Bridge mis en œuvre dans la ville de New York, comporte un module de formation visant à accroître la capacité des médecins de soins primaires de reconnaître les maladies mentales courantes, un module de sensibilisation aux réalités culturelles pour le personnel infirmier et les médecins, l'emploi d'une infirmière comme agent de liaison pour surmonter les obstacles structureaux entre les services de soins primaires et de santé comportementale, et un psychiatre de liaison sur place. Bien que ce programme ait permis d'accroître le nombre de renvois vers des services de santé mentale ainsi que le respect du traitement par les sujets, le pourcentage d'usagers ayant reçu un traitement, c'est-à-dire cinq pour cent, demeure très peu élevé par rapport à l'année précédente.

Dans un article connexe, Hollifield (2004) se demande pourquoi les personnes d'origine chinoise utilisent moins les services de santé mentale et il souligne un certain nombre d'obstacles d'ordre culturel qui doivent être pris en compte :

- Le modèle explicatif de la maladie : perception de la maladie mentale dans une culture donnée.
- Le seuil pour demander de l'aide : dans quelles circonstances une personne va-t-elle demander de l'aide, et à qui va-t-elle s'adresser?
- L'obstacle de la langue : manque de traduction directe, besoin d'explications sémiotiques, possibilité que l'interprète ne révèle pas tous les symptômes s'il vient de la même communauté tricotée serrée.
- La stigmatisation.
- La méfiance rationnelle envers l'autorité, surtout parmi les personnes qui ont connu la guerre ou la répression politique.

L'auteur (Hollifield, 2004) propose un nouveau paradigme pour les soins axés sur la collaboration destinés aux immigrants d'origine chinoise



ou d'une autre origine qui remettrait en question les éléments culturels occidentaux, y compris la dualité entre le corps et l'esprit, et augmenterait les ponts bidirectionnels afin que les médecins et les autres prestataires de soins de santé acceptent d'entrer dans le monde du patient, et que les patients leur soient amenés. Bref, des modèles qui auraient la capacité d'intégrer et d'utiliser les différents paradigmes médicaux et commerciaux au lieu de compter uniquement sur les méthodes actuelles qui consistent à gérer les soins d'abord puis, sans tenir compte de la cohabitation, de les séparer en soins « médicaux » et en soins « psychiatriques » (Hollifield, p. 254).

### Résumé du chapitre

Voici un résumé de ce qui constitue l'essence d'un système centré sur l'utilisateur :

- ✎ L'utilisateur joue un rôle clé dans les soins de santé axés sur la collaboration. Il devrait exister un véritable partenariat entre les utilisateurs et les prestataires. L'expérience des utilisateurs devrait être reconnue et ceux-ci devraient participer aux négociations entourant leur cas, ainsi qu'à la planification et à la gestion des services offerts.
- ✎ Ces stratégies pourraient donner plus de poids à la voix des utilisateurs : écouter les utilisateurs, reconnaître et proclamer les différences, encourager une nouvelle forme d'autorité, former des coalitions et accorder de l'importance au dialogue, et se préparer à s'enrichir mutuellement.
- ✎ Centrer le système sur l'utilisateur signifie également que les soins doivent être adaptés aux clientèles ayant des besoins spéciaux, comme les utilisateurs atteints de maladie mentale grave ou de troubles concomitants, les populations rurales, les personnes âgées et les enfants et adolescents ayant des problèmes de santé mentale.



# Chapitre 5 :

## ACCESSIBILITÉ

### MESSAGES CLÉS

- *L'amélioration de l'accès aux soins de santé mentale pour les usagers atteints de maladies mentales communes est un avantage clé des soins axés sur la collaboration.*
- *Les avantages dont bénéficient les usagers comprennent l'accès à une gamme complète de services de santé près du domicile dans le contexte des soins primaires, l'intégration des soins pour le traitement holistique des troubles biologiques et psychologiques indifférenciés et la suppression de la stigmatisation fréquente dans le contexte normal.*
- *Les soins axés sur la collaboration comportent de nombreux avantages pour les prestataires et les systèmes de soins locaux : ils permettent d'améliorer la qualité des soins en mettant l'accent sur l'état fonctionnel des usagers plutôt que sur leurs symptômes seulement, de fournir une plus grande continuité des soins grâce à une plus faible rotation du personnel de soins primaires, d'accroître l'efficacité en réduisant le nombre de cas orientés inutilement ou de façon inappropriée vers un service de soins spécialisés, de faire partager le fardeau des soins entre les professionnels de la santé et d'élargir l'éventail des réponses possibles.*
- *À l'échelle du système de santé global, les soins axés sur la collaboration augmentent les possibilités de prévention en soins de santé primaires et en soins de santé mentale, assurent un accès plus rapide aux soins et la mise en route plus rapide du traitement, permettent un déploiement efficace des professionnels de la santé, accroissent la possibilité d'atteindre la parité entre le traitement des maladies mentales et le traitement des autres maladies, augmentent la valeur intrinsèque de l'élimination des obstacles entre les disciplines et permettent une vision holistique de la santé.*
- *Malgré l'absence de consensus sur le meilleur modèle, les cadres de travail conceptuels des soins axés sur la collaboration décrits dans la documentation ont un but commun : aider à mieux comprendre l'intégration des approches disciplinaires distinctes afin d'améliorer la prestation des services pour les troubles mentaux communs et les résultats cliniques.*

Le mot *accessibilité* désigne la possibilité d'accéder. Dans le contexte des soins axés sur la collaboration, cela signifie faciliter l'accès aux soins de santé mentale dans le contexte des soins primaires pour les usagers qui ont un large éventail de besoins en santé mentale. La nécessité de cette accessibilité dans le contexte des soins primaires a fait l'objet d'articles fouillés : dans le monde entier, les personnes atteintes de maladies mentales communes n'obtiennent pas le traitement et le soutien dont elles ont besoin pour améliorer leur santé mentale et générale. La documentation pertinente soulève de nombreux points de discussion sur l'accroissement de l'accessibilité : Pourquoi intégrer les soins de santé

De nombreuses personnes atteintes de maladies mentales communes n'ont pas accès aux soins.

mentale aux soins de santé primaires? Quelles sont les meilleures approches d'intégration? Plus particulièrement, quels modèles de collaboration devraient être inclus?

Quels niveaux de soins et continuums de soins de santé et de soins de santé mentale doit-on offrir?

### **Justification de l'intégration**

La justification de l'intégration des soins de santé mentale aux soins de santé primaires est un sujet fréquent dans la documentation. Généralement, les exposés soulignent les raisons en faveur de l'intégration à cause de la grande nécessité d'offrir des soins de santé mentale dans le contexte des soins primaires et du besoin de surmonter les obstacles à cette intégration. Blount (1998b, c) et Lester et ses collaborateurs (2004) étudient comment l'intégration des soins de santé mentale aux soins de santé primaires dépasse le travail transdisciplinaire traditionnel de ces deux secteurs de soins de santé. « En fait, une approche intégrée des soins de santé mentale primaires consiste à abolir les frontières à l'interface des services traditionnellement fournis par le secteur des soins secondaires afin qu'ils soient dirigés par un personnel qui travaille pour une pratique de soins primaires ou dans le contexte des soins primaires et utilise de nombreux points forts de ce secteur de soins. Cette approche favorise aussi une nouvelle manière de considérer la santé mentale » (Lester et coll., 2004, p. 288). Blount (1998b) définit les soins intégrés comme des soins qui unifient les soins médicaux et les soins de santé mentale dans le contexte des soins primaires et évitent la dichotomie corps-esprit. Les soins intégrés vont au-delà des limites des soins axés sur la collaboration et de la bonne communication, à la jonction des soins de santé primaires et des soins de santé mentale, pour assurer la coordination des soins et l'intégration de la prestation des services dans un seul contexte.

Les raisons qui justifient l'intégration peuvent être groupées en trois grandes catégories : l'utilisateur, le système local ou la communauté et le système global.

#### *Avantages pour les usagers*

*Des soins holistiques peuvent être donnés* : Les soins de santé mentale primaires permettent de traiter en un seul endroit de nombreux aspects des troubles dont souffrent les usagers : de nombreux usagers atteints d'un trouble mental consultent un prestataire de soins primaires sans être nécessairement conscients que leurs problèmes sont d'ordre mental ou psychologique (Peek et Heinrich, 1998). La plupart d'entre eux présentent leur détresse à leur prestataire de soins primaires comme des troubles

L'intégration des soins signifie partager la responsabilité de l'évaluation et du traitement et fournir plusieurs approches aux problèmes des usagers pour les rendre en bonne santé.

Les avantages ont été démontrés à de nombreux niveaux.

biologiques ou psychologiques indifférenciés (Blount, 1998c). Les besoins des usagers en matière de santé mentale ne sont pas considérés comme distincts des besoins physiques, sociaux et spirituels (Bazelon Center, 2004).

*L'accès aux soins dans un milieu préféré non stigmatisant est possible :*

Les usagers et leur famille préfèrent un traitement donné dans le contexte des soins primaires plutôt que dans le contexte des soins secondaires (Nolan et Badger, 2002b). Les personnes sont plus satisfaites des soins reçus dans les contextes de soins intégrés (Blount, 1998c; Bazelon Center, 2004). Les soins de santé mentale primaires facilitent l'accès aux services pour les usagers (Nolan et Badger, 2002b).

Les usagers constatent qu'on répond à leurs besoins d'une manière non stigmatisante (Jenkins et Strathdee, 2000; Nolan et Badger, 2002b). De nombreux usagers atteints d'un trouble mental ne consultent pas un spécialiste. Pour les personnes présentant des troubles clairement psychologiques ou psychiatriques, comme la dépression ou l'anxiété, le secteur des soins primaires est le « principal locus » du traitement (Dea, 2000; Mauer/National Council for Community Behavioral Healthcare [NCCBH], 2003). Les soins de santé mentale primaires permettent de donner de bons soins aux usagers qui ne peuvent pas consulter un spécialiste. Dans les pays riches, ces usagers présentent des maladies mentales communes. Dans les pays pauvres, ils constituent la majorité de la population, incluant les personnes atteintes d'une psychose (Jenkins et Strathdee, 2000).

Les soins axés sur la collaboration facilitent l'accès aux soins de santé comportementale pour les personnes atteintes d'une maladie chronique (Mauer/NCCBH, 2003). Les usagers reçoivent de meilleurs soins parce que les médecins de famille sont bien placés pour assurer un suivi et un soutien à long terme (Jenkins et Strathdee, 2000).

*La qualité des soins et les résultats thérapeutiques sont améliorés :* On constate une amélioration de la qualité des soins visant les troubles médicaux des usagers atteints d'une maladie mentale grave (Bazelon Center, 2004). Mettre l'accent sur la prestation accrue de soins et de soutien afin de prévenir les rechutes chez les usagers atteints de dépression améliore la qualité des soins (Mauer/NCCBH, 2003). L'identification, le traitement médicamenteux et la prise en charge appropriés des troubles physiques et psychologiques concomitants améliorent l'innocuité du traitement (Bazelon Center, 2004).

Une réponse thérapeutique mieux adaptée au trouble dont souffre l'utilisateur améliore le respect du traitement (Blount, 1998; Bazelon Center, 2004).

Il y a une évolution plus favorable de l'état de santé des usagers à cause de l'amélioration des soins due à la communication continue entre les membres de l'équipe soignante et à la coordination des soins cliniques en fonction des besoins particuliers aux soins axés sur la collaboration (Dea, 2000).

Les soins axés sur la collaboration améliorent la qualité des soins parce que le personnel de soins de santé primaires concentre son attention sur l'état fonctionnel des usagers plutôt que sur leurs symptômes uniquement (Nolan et Badger, 2002b).

#### *Avantages pour les prestataires de soins*

*Les soins intégrés allègent le fardeau du médecin de famille* : Même si le médecin de famille est formé en psychiatrie et en counselling, il ne faut pas s'attendre à ce qu'il traite tout l'éventail de troubles dont souffrent les usagers (Blount, 1998c).

*La satisfaction au travail augmente* : Les omnipraticiens sont plus satisfaits de leur travail lorsqu'ils font partie d'une équipe intégrée (Blount, 1998c).

*Les compétences des médecins de famille sont approfondies* : Les soins primaires et de santé mentale axés sur la collaboration constituent le meilleur moyen de perfectionner les compétences des médecins de soins primaires de manière qu'ils puissent traiter les aspects psychologiques des soins primaires. La participation périodique à des équipes dont les membres se transmettent leurs compétences aiguisé les compétences de tous et chacun. Les praticiens se forment les uns les autres. En travaillant ensemble pour répondre aux besoins d'un usager, ils deviennent davantage enclins et aptes à traiter un éventail plus large de troubles mentaux (Blount, 1998c).

#### *Avantages pour le système de santé global*

*Les possibilités de prévention sont accrues* : Les occasions de faire de la prévention sont très nombreuses lorsque les soins de santé primaires et les soins de santé mentale sont intégrés. Les interventions consistent généralement à réduire le risque et à renforcer les facteurs de protection parce que, habituellement, la maladie et les facteurs de risque du patient sont repérés dans le contexte des soins primaires et que la majorité des usagers traités dans ce contexte présentent certains troubles mentaux communs (Jenkins et Strathdee, 2000).

*Les soins axés sur la collaboration optimisent l'accès aux soins* : En ce qui concerne les pays moins développés, les soins de santé mentale intégrés aux soins de santé primaires sont le seul espoir de donner des soins aux usagers atteints de troubles mentaux (Saxena et coll., 2002). Les soins

intégrés permettent un accès plus rapide aux soins de santé physique et comportementale.

Les soins de santé mentale primaires permettent une utilisation des ressources plus efficace et plus efficiente parce que la prestation des soins est transférée des établissements et des cliniques de consultations externes coûteux aux pratiques de médecine familiale établies en milieu communautaire (Nolan et Badger, 2002b; Bazelon Center, 2004).

À la longue, les soins intégrés permettent d'atteindre l'équilibre budgétaire ou de faire des économies parce qu'ils entraînent une redéfinition de la manière de donner les soins. Les améliorations touchent plusieurs domaines, non seulement la réduction des coûts des soins aux malades hospitalisés, comme le maintien des patients en tant que membres d'un régime d'assurance-maladie (comme dans les soins intégrés) et la diminution du taux de roulement des médecins. Les employeurs en profitent aussi grâce à la réduction des primes et des réclamations pour les journées d'invalidité (Blount, 1998c).

Dans les pays à faible revenu où les soins spécialisés sont rares et dans les pays à revenu élevé où les ressources sont insuffisantes, les soins de santé mentale primaires intégrés assurent un déploiement plus efficace des ressources humaines de la santé afin que toutes les personnes atteintes d'un trouble mental important puissent recevoir des soins (Jenkins et Strathdee, 2000).

*Les soins axés sur la collaboration répondent aux besoins des clientèles spéciales* : Les soins axés sur la collaboration permettent de répondre de façon appropriée aux besoins de groupes particuliers, comme les personnes atteintes d'une maladie mentale grave, et de la population générale (Mauer/NCCBH, 2003). Les soins axés sur la collaboration rendent également disponible la compétence en soins de santé comportementale pour le traitement des troubles médicaux chroniques dans les contextes de soins primaires (Griffith, 1998).

*Les soins axés sur la collaboration amoindrissent les obstacles perçus entre les soins primaires et les soins de santé mentale* : Les soins axés sur la collaboration favorisent la parité réelle entre le traitement des troubles mentaux et le traitement d'autres problèmes de santé (Bazelon Center, 2004).

Dans le contexte des soins intégrés, la pertinence de la création de liens entre les disciplines est de placer chaque discipline dans un contexte plus large et de permettre aux non-spécialistes d'enrichir leurs connaissances sur les spécialités. Ces liens ont la possibilité de contrer l'impression que le travail interdisciplinaire comporte des risques et n'apporte aucune satisfaction professionnelle en faisant disparaître la coupure entre le milieu

scientifique et le public et en érodant l'autorité présumée des médecins du milieu universitaire sur le point de vue des usagers (Grazier et coll., 2003).

Les premières leçons tirées des soins intégrés indiquent aux intervenants des débats actuels d'orientation des politiques comment les services doivent être organisés, fournis et financés (Mauer/NCCBH, 2003).

Les soins axés sur la collaboration peuvent réfuter de nombreux mythes sur la maladie mentale au sein des collectivités en montrant aux gens l'omniprésence des maladies mentales et en encourageant le grand public à ne pas craindre les personnes atteintes de telles maladies, mais à reconnaître les nombreuses interventions efficaces qui contribuent à leur rétablissement (Nolan et Badger, 2002b).

Les soins de santé mentale primaires peuvent améliorer l'efficacité générale du système traditionnel de soins de santé. Généralement, les médecins de soins primaires donnent la plupart des soins aux usagers, puis les aiguillent vers des spécialistes pour des traitements auxiliaires. Souvent, il y a peu de communication ou de transmission de documents entre le médecin de soins primaires et le spécialiste après le renvoi. Les soins de santé mentale primaires surmontent ces obstacles à la communication (Dea, 2000).

### **Approches conceptuelles d'intégration**

Il n'est pas facile de résumer le large éventail de données contenues dans la documentation sur les soins axés sur la collaboration. En plus des plans comme le Cadre de travail en soins de santé mentale axés sur la collaboration de l'ICCSM, qui a été conçu pour ce projet, plusieurs auteurs ont présenté des cadres de travail conceptuels pour atteindre les objectifs suivants :

- Favoriser la compréhension des modèles actuels (Blount, 1998c; Strosahl, 1998; Goetz, 1999).
- Organiser l'ensemble des données (Blount, 2003; Katon, 2003).
- Décrire la jonction des soins primaires et des soins de santé mentale (Paxton et coll., 2000).
- Planifier la mise en œuvre des programmes de soins axés sur la collaboration (Mauer/NCCBH, 2003).

Bien que ces cadres de travail organisent différemment les éléments des soins axés sur la collaboration, un certain chevauchement est évident. Dans l'ensemble, leur but commun est de faire mieux comprendre la manière d'intégrer les sphères de soins de façon à améliorer la prestation des services et les résultats des soins pour les usagers aux prises avec des problèmes de santé mentale.

Les cadres de travail conceptuels servent de point de départ à une meilleure compréhension de la nature et du contenu des soins axés sur la collaboration.



### *Cadre de travail de Strosahl*

Le cadre de travail présenté par Strosahl (1998) fait une comparaison en neuf points entre les soins de santé mentale intégrés et les soins axés sur la collaboration :

1. la mission;
2. le lieu;
3. le prestataire de soins primaires;
4. la modalité du service;
5. l'identification de l'équipe;
6. le surnom professionnel;
7. la formulation du renvoi;
8. la philosophie des soins;
9. l'impression des usagers.

Dans la définition des soins axés sur la collaboration de Strosahl, l'utilisateur reçoit des soins de santé mentale spécialisés, mais le prestataire de soins primaires est tenu au courant de ces soins. Les services sont offerts dans un lieu distinct ou dans le même établissement que les services médicaux, mais dans des locaux séparés. Le thérapeute est le principal prestataire de soins de santé mentale. La modalité du service est la séance de thérapie, à laquelle participe parfois le prestataire de soins primaires. Le personnel de soins primaires considère ce thérapeute comme un intervenant externe — le spécialiste — et le titre professionnel de thérapeute est considéré comme distinct de celui de prestataire de soins primaires.

Les soins de santé comportementale ne font pas partie des soins médicaux courants, comme le montre cette formulation du renvoi : « Allez voir un spécialiste avec qui je travaille dans l'aile des soins de santé mentale. » L'utilisateur qui reçoit les soins pense qu'il obtient un service distinct fourni par un spécialiste, même si celui-ci travaille en étroite collaboration avec son prestataire de soins de santé.

D'autre part, les soins intégrés comprennent un service de soins primaires centré sur les problèmes de santé comportementale et fourni dans la section de la pratique médicale. Le prestataire de soins primaires est le prestataire de soins de santé. La modalité du service est la séance de consultation, ce qui rend moins probable les consultations conjointes avec le prestataire de soins primaires. Le prestataire de soins de santé comportementale est considéré comme un membre de l'équipe de soins primaires. Dans ce cas-ci, la formulation du renvoi est : « Allez voir un autre membre de l'équipe qui traite ce genre de problèmes. » Par conséquent, les soins de santé mentale sont intégrés à la prestation des

Dans le cadre de travail de Strosahl (1998), l'expression « soins axés sur la collaboration » signifie changer la manière de travailler des professionnels de la santé — afin qu'ils travaillent conjointement plutôt que parallèlement.

Dans le cadre de travail de Strosahl, l'expression « soins intégrés » signifie que l'équipe de soins de santé primaires compte un prestataire de soins de santé comportementale.

soins de santé généraux, et l'utilisateur considère les soins de santé mentale comme une composante normale de ses soins de santé généraux.

Strosahl remarque qu'un programme intégré se caractérise par une intégration verticale : des services psychologiques ciblés sont offerts à un groupe de patients bien définis. Toutefois, le programme de soins axés sur la collaboration est caractérisé par une intégration horizontale : le prestataire de soins primaires cherche à traiter de nombreux usagers en fonction du large éventail de leurs besoins.

#### *Continuum des soins axés sur la collaboration de Blount*

Blount (1998c) conceptualise la collaboration entre les prestataires de soins primaires et les prestataires de soins de santé mentale comme un continuum. Il souligne l'optique de l'utilisateur qui reçoit les soins et celui du prestataire dans son plan à cinq niveaux de soins. Au niveau le plus bas de l'intégration des soins dans le continuum, le prestataire de soins primaires ou de soins de santé mentale appuie l'orientation de l'utilisateur vers l'autre professionnel de la santé, et le prestataire qui traite l'utilisateur remet un rapport à titre gracieux au prestataire qui lui a adressé l'utilisateur. Au deuxième niveau des soins axés sur la collaboration, chaque prestataire appuie le travail que l'utilisateur effectue avec l'autre et communique avec son collègue pour échanger de l'information sur ce cas. Au troisième niveau de collaboration, les deux prestataires de soins collaborent à un plan de traitement et établissent une relation de collaboration. Au quatrième niveau, les deux prestataires de soins rencontrent ensemble l'utilisateur (et sa famille) pour dresser un plan de traitement et se réunissent régulièrement pour discuter du cas. Finalement, dans la forme la plus intégrée des soins axés sur la collaboration, chaque prestataire de soins présente à l'utilisateur l'intervention unifiée de l'équipe concernant le traitement, et les prestataires de soins travaillent régulièrement ensemble pour fournir les services.

#### *Cadre de travail plus récent de Blount sur les relations axées sur la collaboration*

Plus récemment, Blount (2003) a développé son cadre de travail afin de créer une méthode pour classer les données de plus en plus nombreuses qui étayent et décrivent les programmes de soins de santé mentale primaires. Ce cadre de travail révisé est organisé en fonction de deux éléments : les relations entre les prestataires de soins médicaux et les prestataires de soins de santé mentale et les relations entre les services et les populations. Blount remarque que ces éléments ne s'excluent pas mutuellement et qu'il existe une hiérarchie des niveaux d'intégration. En caractérisant les relations entre les prestataires de soins médicaux et les

Dans son cadre de travail, Blount (1998) considère les soins axés sur la collaboration comme un continuum.

Blount, dans son cadre de travail révisé de 2003, a conçu un plan pour classer les données de plus en plus nombreuses sur les soins axés sur la collaboration.

prestataires de soins de santé mentale, Blount définit trois types de soins – les soins coordonnés, regroupés et intégrés :

1. Dans le contexte des soins coordonnés, les deux prestataires sont situés dans des établissements différents, mais échangent souvent certains renseignements lorsque l'utilisateur consulte l'un et l'autre. Le processus de renvoi est l'élément déclencheur de l'échange d'information. Il se peut que des problèmes surviennent à cause de la confidentialité de l'information sur l'utilisateur, des différences entre le style de communication des deux prestataires de soins et des attentes différentes à l'égard de la manière de donner le traitement. Ce type de relation entre professionnels de la santé nécessite un fort degré d'engagement personnel, prend beaucoup de temps et est difficile à gérer. Au fil du temps, ce type de relation peut entraîner des changements dans les deux contextes de soins.
2. Dans le contexte des soins regroupés, les services médicaux et les services de santé mentale sont offerts dans le même établissement et disposent du même personnel de bureau et des mêmes salles d'attente. À l'admission, l'utilisateur est traité comme un cas médical. Il peut ensuite être aiguillé vers le prestataire de soins de santé mentale. Habituellement, ce processus favorise l'intégration des services au fil du temps étant donné que chaque prestataire de soins prend conscience de ce que l'autre peut fournir et de la manière dont cette intégration peut fonctionner dans le contexte des soins primaires. La collaboration s'accroît au fur et à mesure des contacts fortuits entre les prestataires de soins. Généralement, les soins regroupés n'entraînent pas une diminution du nombre d'interventions comportementales pratiquées par le prestataire de soins primaires. Cependant, le prestataire de soins primaires est plus satisfait de fournir ce type de soins et mieux disposé à traiter des problèmes psychosociaux parce qu'il sait que si un problème hors de ses compétences se présente, le prestataire de soins de santé mentale pourra voir l'utilisateur. Dans l'ensemble, le nombre d'interventions comportementales pratiquées par le prestataire de soins de santé mentale et la qualité de ce type de soins augmentent. De plus, moins de personnes ayant besoin de soins refusent d'être aiguillées vers un autre professionnel de la santé, surtout si le prestataire de soins médicaux renseigne l'utilisateur sur le prestataire de soins de santé mentale avant le premier rendez-vous avec celui-ci.
3. Les soins intégrés consistent à inclure les soins médicaux et les soins de santé comportementale dans un plan de traitement élaboré pour un usager ou une population d'utilisateurs particuliers.

Il existe deux approches utilisées actuellement, l'approche fondée sur le travail en équipe, selon laquelle les professionnels de la santé travaillent en étroite collaboration et donnent des soins à une population bien définie, et l'approche fondée sur un protocole prescrit, habituellement élaboré pour le traitement d'une maladie chronique, comme celui conçu pour les cas de dépression grave.

Blount traite aussi des liens entre les services fournis aux populations et décrit trois aspects :

1. Service ciblé par rapport à service non ciblé : Le service ciblé vise une population particulière. Blount remarque que les essais comparatifs à répartition aléatoire fournissent le plus de données pertinentes pour les services ciblés. Habituellement, la personne à qui ces services sont destinés les accepte parce qu'ils sont présentés comme répondant à ses besoins particuliers. Le service non ciblé vise toute personne reconnue comme ayant des besoins en soins de santé mentale. Étant donné que ce service est généralement présenté comme un service supplémentaire parce que la personne souffre de troubles psychologiques, le risque est plus grand que celle-ci refuse d'être aiguillée vers un prestataire de soins de santé mentale.
2. Soins spécifiés par rapport à soins non spécifiés : Les soins spécifiés consistent à offrir un protocole de traitement défini ou un ensemble de procédures à tous les sujets retenus dans le cadre d'un essai comme un essai comparatif à répartition aléatoire. Les soins sont non spécifiés lorsque le traitement offert dépend des compétences particulières et de la capacité de discernement du clinicien. Par conséquent, il est difficile de comparer les soins non spécifiés entre divers contextes et prestataires de soins.
3. Mise en œuvre de faible ou de grande envergure : Une mise en application à petite échelle comporte habituellement un seul programme qui touche peu d'établissements ou un seul. Le programme est habituellement décrit comme un projet pilote susceptible d'être mis en application ailleurs. D'autre part, une mise en application à grande échelle est réalisée dans des établissements semblables et est habituellement conçue de manière centralisée. Ces programmes nécessitent une gestion plus importante à cause des diverses contingences et du personnel des divers établissements. Ils sont difficiles à reproduire, mais conviennent mieux à la conception d'un système de soins de santé.

### *Cadre de travail de Goetz*

Goetz (1999) a élaboré un cadre de travail pour cartographier les relations entre les soins primaires et les soins de santé mentale dans le contexte des soins intégrés afin que les prestataires de soins soient sûrs qu'ils traitent les mêmes problèmes lorsqu'ils travaillent en collaboration. Ce plan présente une grille constituée de deux concepts : le genre de problème et l'optique ou la perspective. Le genre de problème comporte trois aspects possibles :

1. L'aspect clinique : par exemple, qui prend les décisions concernant les soins quotidiens.
2. L'aspect administratif : par exemple, qui a le pouvoir d'embaucher et de congédier les prestataires de soins.
3. L'aspect financier : par exemple, qui est responsable d'effectuer les paiements.

Il y a quatre optiques possibles : l'optique de l'utilisateur ou du patient, celle du prestataire de soins, celle de l'organisme et celle du système. Les préoccupations de l'utilisateur sont « comment serai-je traité? », « qui vais-je consulter? » et « combien vais-je payer? ». Le prestataire de soins se demande « comment puis-je prescrire? », « dois-je demander une autorisation? » et « serai-je payé pour avoir parlé à la famille? ». Les questions de l'organisme sont « existe-t-il des lignes directrices pour les traitements de courte durée? », « comment optimiser le temps de travail du prestataire de soins? » et « qui paye le médicament? ». En ce qui concerne le système, les préoccupations sont « est-ce que le traitement de cette maladie mentale commune dans le contexte des soins primaires est efficace? », « est-ce que les soins partagés entraînent moins de plaintes? » et « peut-on trouver le financement pour tout cela? ».

### *Cadre de travail de Katon*

Katon (2003) présente également un cadre de travail pour les soins axés sur la collaboration, fondé sur les travaux présentés dans le rapport publié récemment par le U.S. Institute of Medicine intitulé *Crossing the quality chasm: a new health care system for the 21st century*. Ce rapport décrit quatre niveaux de soins dans le système de soins de santé. Katon fait une corrélation entre les obstacles aux soins de la dépression et les essais connexes sur les soins axés sur la collaboration pour les quatre niveaux :

1. Le niveau de l'utilisateur et de la communauté est le niveau auquel les soins centrés sur l'utilisateur doivent contribuer à enrichir les connaissances de l'utilisateur sur la maladie, respecter les préférences,

Le cadre de travail de Goetz (1999) cartographie les nombreuses perspectives sur les soins de santé.

Dans le cadre de travail de 2003 de Katon, la typologie des niveaux de soins facilite la compréhension des soins axés sur la collaboration.

fournir un contexte et des valeurs de nature sociale et être équitables.

2. Le niveau du microsystème est le niveau auquel les usagers sont traités par des médecins, des infirmières, des aides médicales et d'autres prestataires de soins de santé. À ce niveau, les soins sont appuyés par le laboratoire.
3. Le niveau organisationnel est le niveau auquel les problèmes touchent la clinique, le groupe de pratique, l'hôpital et le régime d'assurance-maladie. Ce niveau inclut les technologies de l'information pour améliorer l'accès à l'information et soutenir la prise de décision, l'éducation et la formation en matière de techniques d'amélioration de la qualité, l'investissement de temps et la gestion du changement pour modifier les systèmes médicaux, l'alignement des primes organisationnelles sur le processus d'amélioration des soins et le développement du leadership pour inspirer et modeler l'amélioration des soins.
4. Le niveau de l'infrastructure est le niveau où se situent les règlements, les lois, le paiement, l'agrément et la formation professionnelle.

Le plan de Katon énumère plusieurs obstacles et leçons tirés des essais sur les soins axés sur la collaboration. Au niveau de l'utilisateur, les obstacles courants aux soins de la dépression comprennent un manque de connaissances sur la dépression et les traitements, la stigmatisation de la maladie mentale, les fortes préférences fréquemment constatées en matière de traitement, l'opinion selon laquelle la dépression est un problème personnel et familial et une préférence pour le traitement de la dépression dans le contexte des soins primaires.

Les essais sur les soins axés sur la collaboration ont permis de tirer ces leçons connexes : il faut fournir du matériel éducatif pour améliorer les connaissances et diminuer la stigmatisation; donner accès aux usagers atteints de dépression à la gestion de cas assurée par une gamme de professionnels de la santé de manière à favoriser l'éducation et à éliminer la stigmatisation; et intégrer les prestataires de soins de santé mentale à la prestation de soins primaires.

Au niveau du microsystème, les obstacles aux soins de la dépression sont nombreux. Par exemple, les rares visites au prestataire de soins et l'entière dépendance à un médecin nuisent au traitement de la dépression. Lorsque seuls les médecins fournissent les soins, le temps requis pour informer l'utilisateur et faire un suivi étroit de même que la surveillance à long terme des résultats thérapeutiques font défaut. Le temps requis pour encourager et soutenir le changement de comportement fait également défaut. Encore une fois, les essais sur les soins axés sur la collaboration

révèlent que la gestion des cas et la prestation des soins par une équipe peuvent diminuer ces types d'obstacles. On dispose de plus de temps parce que les membres de l'équipe qui participent à la prestation des soins sont plus nombreux, ce qui entraîne plus de visites et un meilleur suivi téléphonique. Les soins de santé axés sur la collaboration intègrent les connaissances spécialisées en santé mentale aux soins de santé primaires et améliorent la prise de décision des cliniciens.

Des obstacles organisationnels courants aux soins de la dépression sont aussi évidents. Le manque d'équipements électroniques, surtout les dossiers électroniques des patients, empêche l'échange d'information sur l'usager entre les professionnels de la santé. Le soutien de l'importance accordée à long terme à l'amélioration de la qualité et l'alignement des incitatifs destinés aux systèmes cliniques sur l'amélioration des soins font souvent défaut. De plus, il y a un manque de leadership au niveau organisationnel pour améliorer la qualité des soins. Les leçons tirées des essais sur les soins axés sur la collaboration montrent que l'utilisation innovatrice de la technologie, incluant les approches fondées sur le Web ainsi que les ordinateurs de poche et de bureau, peut améliorer la prestation des soins grâce à une plus grande conformité aux résultats attendus sur le plan de la qualité des soins. L'amélioration de la qualité des soins devient réalisable lorsque les organismes mettent en œuvre des incitations financières et une formation en matière de leadership. Finalement, les essais ont démontré qu'il est possible de mettre en œuvre des lignes directrices sur la pratique clinique pour le traitement de la dépression grave et de la schizophrénie.

#### *Autres modèles*

Deux modèles récents optent pour une autre approche consistant à définir les niveaux de soins, les populations de même que les rôles, les responsabilités et l'organisation des services entre les services de soins primaires et les services de santé mentale spécialisés.

*Cadre de travail de Paxton* : Paxton et ses collaborateurs (2000) présentent un cadre de travail à quatre niveaux de soins fondé sur la complexité variée des troubles mentaux et leurs répercussions sur les services correspondants. Les services diffèrent en fonction du degré de spécialisation et de la gamme des besoins évalués. Ce cadre de travail vise à préciser clairement qui doit faire quoi pour gérer les tensions divergentes. « La collaboration, incluant le contexte des soins partagés, reste un principe, mais la nature de la collaboration et l'équilibre des responsabilités et des fonctions peuvent différer de ce qu'ils étaient auparavant. On convient que les services de santé mentale doivent conserver la responsabilité de certains problèmes considérés comme la principale

préoccupation des équipes de soins de santé primaires. En outre, de plus en plus de services de santé mentale travailleront en collaboration avec les équipes de soins primaires et les soutiendront plutôt que de s'emparer de certains cas et de travailler en vase clos. » (p. 141–142).

Le premier niveau de soins comprend les troubles mentaux communs, passagers, légers ou modérés (p. ex., les réactions d'adaptation, la dépression et l'anxiété légères ou modérées, un chagrin simple, des difficultés relationnelles de courte durée non liées à des troubles complexes). L'utilisateur atteint est en détresse, mais présente un dysfonctionnement limité. Dans ce cas-ci, le service doit consister à fournir un soutien ou des conseils par l'entremise de membres de l'équipe de soins de santé primaires convenablement formés. On peut utiliser du matériel ou des programmes d'autotraitement ou encore aiguiller l'utilisateur vers un conseiller, si ce service est offert.

Le deuxième niveau de soins comprend les usagers atteints d'un trouble mental modéré (p. ex., états dépressifs ou anxieux modérés, trouble panique et phobie modérés) dont l'état ne s'améliorera probablement pas sans l'intervention d'un spécialiste. La capacité de fonctionner au quotidien des usagers n'est pas gravement affectée. Dans ces cas-ci, les services sont des thérapies fondées sur des données probantes, offertes par des professionnels de la santé mentale convenablement formés. Les interventions peuvent être de courte ou de moyenne durée et comporter le recours à certains médicaments et à des thérapies de groupe.

Le troisième niveau de soins comprend les usagers atteints de troubles mentaux complexes, de longue date et récurrents qui ont entraîné un dysfonctionnement important (p. ex., troubles obsessionnels-compulsifs graves, schizophrénie stable, troubles de la personnalité parfois accompagnés d'antécédents d'abus physique, de sévices sexuels ou de violence psychologique). Les interventions utilisées dans ces cas-ci comprennent les psychothérapies ou les traitements pharmacologiques donnés par des professionnels convenablement formés, en liaison avec d'autres organismes au besoin. Des soins épisodiques sont donnés à long terme.

Le quatrième niveau de soins est réservé aux usagers atteints d'une maladie mentale grave (p. ex., schizophrénie aiguë, psychose maniacodépressive, trouble grave de la personnalité associé à un risque élevé, troubles dépressifs graves et troubles alimentaires graves) qui présentent un dysfonctionnement très important. Dans ces cas-ci, la prestation de services prend la forme d'approches inter-organismes qui comprennent les soins en milieu hospitalier. La participation à la prestation de services structurés se poursuit à long terme; l'objectif principal est le soutien psychosocial.



Modèle du NCCBH : Le NCCBH (Mauer/NCCBH, 2003) présente un modèle d'intégration clinique fondé sur le degré de complexité clinique, de risque et de fonctionnement de l'utilisateur. Conçu comme un outil pour la planification des services axés sur la collaboration au sein d'un système local de soins, ce modèle porte sur les diverses sous-populations qui ont des besoins de soins médicaux et de santé mentale.

Le modèle s'appelle « modèle d'intégration clinique à quatre quadrants » (*Four Quadrant Clinical Integration Model*) parce qu'il décrit l'état de santé de l'utilisateur et le risque pour sa santé sur le plan comportemental le long de l'axe vertical, et l'état de santé de l'utilisateur et le risque pour sa santé sur le plan physique le long de l'axe horizontal. Chaque quadrant donne un aperçu du type de soins en fonction des compétences requises pour traiter l'éventail de problèmes que l'utilisateur peut présenter.

Le premier quadrant représente les usagers qui présentent un faible degré de complexité clinique et de risque sur le plan de la santé physique et comportementale. Le traitement de ces cas est optimal dans une pratique de soins primaires où l'on dispose sur place d'un personnel de soins de santé comportementale. Le personnel de soins de santé primaires traite les usagers qui présentent un très faible risque pour la santé physique ou comportementale, et le personnel de soins de santé mentale traite les usagers qui présentent un risque pour la santé physique ou comportementale un peu plus élevé. Le prestataire de soins primaires donne des soins médicaux, et se sert des outils de dépistage et des lignes directrices sur les pratiques couramment utilisés en santé mentale pour traiter la majorité des usagers qui le consultent. Grâce aux résultats du dépistage, il détermine s'il doit aiguiller l'utilisateur vers un prestataire de soins de santé mentale. Un sous-groupe d'utilisateurs peut être surveillé au moyen d'un registre de suivi des usagers. Le prestataire de soins de santé mentale dans le contexte des soins primaires donne des consultations formelles et informelles au prestataire de soins primaires, effectue le tri et l'évaluation des usagers qui ont des besoins en santé mentale, donne des traitements de courte durée, aiguille les usagers vers des ressources éducatives et communautaires et fait de l'éducation sur les risques pour la santé. Les services directs peuvent inclure les interventions fondées sur une approche individuelle ou de groupe, la thérapie cognitivo-comportementale, la psychoéducation, une brève intervention en cas de toxicomanie et une gestion de cas limitée. Le prestataire de soins primaires prescrit des psychotropes à l'aide des arbres décisionnels et peut consulter un psychiatre pour la gestion des médicaments.

Le deuxième quadrant représente les usagers qui présentent un faible degré de complexité clinique et de risque sur le plan de la santé physique et un degré élevé de complexité et de risque sur le plan de la

L'intégration clinique est un concept clé pour la description des soins axés sur la collaboration.

Le modèle à quatre quadrants montre l'état de santé de l'utilisateur et le risque pour la santé de celui-ci sur les plans physique et comportemental.

santé comportementale. Ces cas sont mieux traités dans un système de soins de santé mentale spécialisés où l'on établit une coordination avec le prestataire de soins primaires. Celui-ci donne les soins médicaux primaires et collabore avec le système de soins de santé mentale spécialisés. Les consultations psychiatriques peuvent être un élément du traitement pour ces cas complexes de santé mentale, bien qu'il soit plus probable que la gestion des psychotropes soit assumée par les services de santé mentale spécialisés. Le rôle du clinicien en santé mentale consiste à évaluer la santé mentale de l'utilisateur, à fournir des services de santé mentale spécialisés ou à prendre les dispositions requises pour la prestation de ces services, à faire la gestion de cas pour assurer l'hébergement, d'autres services de soutien communautaire et l'accès aux soins de santé, et à concevoir une méthode de communication avec les services de soins primaires pour permettre une planification coordonnée des services, surtout en ce qui a trait à la gestion des médicaments.

Le quadrant trois représente les usagers qui présentent un degré élevé de complexité clinique et de risque sur le plan de la santé physique et un faible degré de complexité clinique et de risque sur le plan de la santé comportementale. Ces cas sont traités dans le système de soins primaires et médicaux spécialisés qui est doté sur place d'un personnel de soins de santé mentale responsable de la coordination avec tous les prestataires de soins médicaux, y compris les gestionnaires de cas médicaux. Les prestataires de soins de santé primaires donnent les services médicaux et travaillent avec les gestionnaires des cas médicaux et d'autres médecins spécialistes pour traiter les troubles physiques. Ils se servent des outils de dépistage et des lignes directrices sur les pratiques couramment utilisés en santé mentale pour traiter la plupart des usagers qui les consultent. Un sous-groupe de la population détecté au moyen des outils de dépistage et du système de suivi est aiguillé vers le prestataire de soins de santé mentale. Celui-ci effectue le tri et l'évaluation des usagers qui ont des besoins en santé mentale, donne des consultations au prestataire de soins primaires, traite l'utilisateur et l'aiguille vers des ressources éducatives et communautaires et fait de l'éducation sur les risques pour la santé. Le traitement englobe les interventions fondées sur une approche individuelle ou de groupe, la thérapie cognitivo-comportementale, la psychoéducation, une intervention brève en cas de toxicomanie et la gestion de cas limitée. Le prestataire de soins primaires prescrit des psychotropes à l'aide des arbres décisionnels et peut consulter un psychiatre pour la gestion des médicaments.

Le quatrième quadrant représente les usagers qui présentent un degré élevé de complexité et de risque sur le plan de la santé physique et comportementale. Ces usagers sont traités à la fois par le système de soins de santé mentale spécialisés et le système de soins primaires et médicaux

spécialisés. Les gestionnaires de cas médicaux et les gestionnaires de cas en santé mentale peuvent travailler ensemble et rendre compte de la situation aux autres membres de l'équipe de soins. La consultation psychiatrique est un élément clé du traitement de ces usagers dont les besoins sont complexes. Le rôle du prestataire de soins de santé mentale spécialisés consiste à évaluer la santé mentale de l'utilisateur, à fournir un traitement et des services spécialisés ou à prendre les dispositions requises pour la prestation de ces services, à faire la gestion de cas pour assurer l'hébergement et d'autres services de soutien communautaire et à collaborer à un haut niveau avec l'équipe du système de soins de santé.

## Prestation des soins

### *Modèle de consultation–liaison*

La base de connaissances sur les modèles de soins axés sur la collaboration continue de s'accroître. Les premiers exposés sur les soins axés sur la collaboration portaient sur le modèle de consultation–liaison selon lequel des spécialistes de la santé mentale, principalement des psychiatres, assistent des prestataires de soins primaires pour le traitement des troubles mentaux par l'entremise de divers modèles de service (p. ex., le modèle de services conjoints, le modèle modifié de remplacement ou de consultation externe, le modèle de capacité accrue). La définition du modèle de consultation–liaison varie selon les divers systèmes de soins de santé (Bower et Gask 2002). Au Royaume-Uni, ce modèle reflète le rôle de contrôleur d'accès du secteur de soins primaires au sein du système de soins de santé qui soutient le travail en collaboration des psychiatres et des médecins de soins primaires pour contrôler les cas aiguillés vers les services de soins secondaires. Par contre, aux États-Unis, où le système de soins de santé se caractérise par une plus grande variété de structures, le modèle de consultation–liaison désigne des processus à deux niveaux : la consultation psychiatrique, soit le contact direct avec l'utilisateur, et la liaison, soit le travail d'information auprès du prestataire de soins primaires.

Plusieurs articles traitent du modèle de consultation–liaison. Dans leur évaluation d'un partenariat entre les services de soins primaires et les services psychiatriques dans les quartiers déshérités de Perth, en Australie, Kisely et ses collaborateurs (2002) ont constaté que les pratiques en matière d'aiguillage des usagers changeaient de façon importante après la mise en œuvre d'un programme de partenariat et que les médecins adoptaient une attitude positive à l'égard du service de consultation–liaison. De même, dans leur étude du style de relation de travail entre les omnipraticiens et les équipes de santé mentale communautaires dans l'Est

Les modèles de consultation–liaison offrent un autre cadre de soins.

La définition de l'approche de consultation–liaison varie d'un pays à l'autre.

Les modèles de consultation–liaison sont généralement centrés sur les soins médicaux.

de Londres, en Angleterre, Hull et ses collaborateurs (2002) ont constaté que, lorsqu'il existait de bonnes relations de consultation-liaison, le nombre de renvois était plus élevé pour les usagers atteints d'une maladie mentale grave qui avaient besoin des soins de courte et de longue durée donnés par l'équipe de santé mentale communautaire. Lorsque les psychologues de soins primaires travaillaient avec les omnipraticiens, le nombre de renvois était plus élevé, mais le recours aux services psychiatriques était moins fréquent, ce qui semble indiquer que les omnipraticiens qui pouvaient faire appel à des psychologues étaient capables de prendre en charge sur place des cas plus complexes, mais non psychotiques. Berardi et ses collaborateurs (2002) ont évalué la première année de fonctionnement des services de liaison des soins de santé primaires offerts aux omnipraticiens pour la prise en charge des troubles anxieux et dépressifs à Bologne, en Italie. Ils ont constaté que les services étaient efficaces et bien appréciés.

*Comparaison du modèle de soins intégrés et du modèle de consultation-liaison*

Deux études comparent des modèles de soins intégrés et de consultation-liaison pour la prestation de soins de santé mentale. L'étude la plus ancienne (Harmon et coll., 2000) a examiné l'étendue et la gravité des troubles psychiatriques, les niveaux de participation des omnipraticiens et des psychiatres et les modèles de soins dans un nouveau service de soins de santé mentale intégrés et un service psychiatrique de consultation-liaison plus ancien. Le service de soins intégrés était composé d'infirmières-conseils qui travaillaient au sein d'un groupe particulier d'omnipraticiens. Comparativement au service de consultation-liaison, le service de soins intégrés traitait une plus vaste gamme de diagnostics associés à des niveaux de déficience plus élevés, les omnipraticiens étaient beaucoup plus satisfaits du service de soins intégrés et les usagers avaient accès plus facilement à des services de soins de santé mentale secondaires.

L'autre étude (Hedrick et coll., 2003) est un essai à répartition aléatoire qui a comparé un programme de consultation-liaison pour le traitement de la dépression à un programme de soins axés sur la collaboration. Les soins axés sur la collaboration, dans ce cas-ci, suivaient le modèle de prise en charge de la maladie et comprenaient une équipe qui travaillait avec les prestataires de soins de santé primaires pour diagnostiquer et traiter les usagers. Dans le cadre du programme de consultation-liaison, le médecin de soins primaires entreprenait le traitement des symptômes de la dépression, coordonnait les soins globaux donnés à l'utilisateur et consultait un spécialiste ou lui adressait l'utilisateur, au besoin. Le modèle de soins axés sur la collaboration a permis une plus grande amélioration des symptômes de la dépression à partir du début de l'essai jusqu'à trois mois, mais aucune différence significative entre les deux

approches n'a été constatée à neuf mois. Dans l'ensemble, les soins axés sur la collaboration ont permis d'obtenir une amélioration plus rapide et soutenue de l'état de santé mentale que le programme de consultation-liaison. Les différences entre les traitements des deux modèles étaient la formulation et la communication d'un plan de traitement, et l'évaluation des progrès de l'utilisateur et la mise à jour du plan de traitement effectués de façon systématique. Les auteurs concluent que la prestation de services sans processus de soins appropriés ne permet pas d'obtenir des résultats optimaux.

### *Modèles de soins pour la prise en charge de la dépression*

On a aussi accumulé de plus en plus de données sur le traitement de la dépression dans le contexte des soins primaires, champ d'études bien établi dans la tradition de la recherche médicale qui évalue les modèles de soins au moyen d'essais comparatifs à répartition aléatoire. La recherche a évalué tout d'abord des modèles de consultation-liaison simples, conçus pour le traitement de la dépression, puis a progressivement évolué de manière à évaluer des systèmes complexes de soins, à volets multiples, fondés sur la prise en charge des maladies chroniques (Bower et Gask, 2002). Bien que la complexité puisse représenter plus exactement la réalité des soins en pratique réelle, la complexité de l'information empêche de bien comprendre comment fonctionne la collaboration et ce qui la fait fonctionner. Le volume même de la recherche est important et écrasant, mais une définition claire des meilleures pratiques pour le traitement de la dépression est en train de voir le jour (Mauer/NCCBH, 2003).

Plusieurs points ont été soulevés :

- ✎ Les populations qui reçoivent des services de soins primaires et secondaires semblent être radicalement différentes les unes des autres, surtout en ce qui a trait à leurs caractéristiques et à leurs préférences (Van Voorhees et coll., 2003; Dietrich et coll., 2003). Cela ne veut pas dire que les usagers atteints de dépression qui se présentent dans une pratique de soins primaires doivent être déplacés ailleurs pour recevoir un traitement. De nombreuses études (p. ex., Wells et coll., 2000) montrent qu'il est possible d'améliorer la détection et le traitement de la dépression dans le contexte des soins primaires (Kessler et coll., 2003).
- ✎ Les prestataires de soins primaires doivent tenir compte de plusieurs caractéristiques des usagers. Le fait d'être un homme et d'appartenir à certains groupes ethniques nuit à la détection de la dépression (Brownhill et coll., 2003; Borowsky et coll., 2000). Les personnes dépressives ont tendance à ne pas être de bons communicateurs et pensent qu'elles ne valent pas la peine qu'un

Des modèles de soins pour la prise en charge de la dépression voient le jour en médecine.

- médecin leur consacre du temps (Gask et coll., 2003). Ces attitudes sont des obstacles importants au diagnostic et au traitement continu dans les contextes de soins primaires où l'activité est incessante.
- On préconise le dépistage de la dépression chez les adultes au Canada (MacMillan et coll., 2005) et aux États-Unis (U.S. Preventative Service Task Force, 2002a, b; Pigone et coll., 2002a, b) dans les pratiques de soins primaires qui disposent des systèmes requis pour le traitement et le suivi des usagers.
  - Les outils de dépistage et de diagnostic doivent être d'utilisation rapide (Henkel et coll., 2004), et on doit pouvoir se les procurer facilement (Staab et coll., 2001; Anfinson et Bona, 2001).
  - L'amélioration des soins habituels est indiquée pour le traitement de la dépression, bien que le recours à des conseillers dans le contexte des soins primaires fasse l'objet d'un débat au sein des chercheurs (Bower et coll., 2000; Jenkins, 2002; Mellor-Clark et coll., 2001; Rost et coll., 2000; Rost et coll., 2001; Simpson et coll., 2000; Ward et coll., 2000).
  - On recommande des programmes de traitements intégrés, à volets multiples (Thompson, 2001).
  - Selon Katon (2003), de tels soins axés sur la collaboration dans le contexte des soins primaires comportent quatre caractéristiques :
    1. une définition négociée du trouble clinique formulée dans des termes que l'usager et le médecin comprennent;
    2. l'élaboration conjointe d'un plan de traitement comportant des objectifs, des cibles et des stratégies de mise en œuvre;
    3. un soutien aux autosoins et aux modifications du comportement;
    4. un suivi soutenu et efficace effectué au moyen de consultations, d'appels téléphoniques, de courriels et de systèmes Web de surveillance et d'aide à la décision.
  - Trois types de modèles ont été évalués de manière approfondie et sont traités dans beaucoup d'essais et de descriptions de programme dans la documentation (p. ex., Dwight-Johnson et coll., 2001; Feinman et coll., 2000; Katon et Ludman, 2003; Mynors-Wallis et coll., 2000; Nutting et coll., 2002; Oxman et coll., 2002; Saur et coll., 2002; Schaefer et Davis, 2004; Simon et coll., 2000; Wells et coll., 2000) :

1. l'intégration des professionnels de la santé mentale au contexte des soins primaires;
  2. l'intégration de l'équipe de soins de santé mentale composée de thérapeutes formés au niveau de la maîtrise et d'infirmières qui font des visites supplémentaires et apportent un soutien sous la supervision étroite d'un professionnel de la santé mentale;
  3. l'intégration des prestataires de soins prolongés comme les infirmières ou les gestionnaires des soins.
- ∞ On a élaboré des soins par paliers afin de répondre aux besoins des usagers dont la dépression traitée par un traitement habituel ne s'améliore pas facilement; l'intensité du service est adaptée en fonction de l'évolution de l'état de santé de l'utilisateur (Araya et coll., 2003; Katon, 2003; Katon et Ludman, 2003).

### *Modèles de soins pour les autres troubles mentaux communs*

Le modèle de traitement de la dépression sert maintenant pour d'autres troubles mentaux communs. Trois publications récentes ont examiné les modèles de soins axés sur la collaboration pour le traitement des troubles paniques ou d'anxiété généralisée dans le contexte des soins primaires. Price et ses collaborateurs (2000) ont adapté le modèle de soins pour la dépression au traitement des troubles anxieux et des troubles anxieux accompagnés d'une dépression. Ils ont comparé ce modèle à la prestation des soins habituels dans le cadre d'une étude de cohortes appariées. Le groupe ayant fait l'objet de l'intervention présentait des symptômes d'anxiété nettement atténués à six mois et était plus satisfait des soins.

Craske et ses collaborateurs (2002) ont présenté un modèle pour le traitement en collaboration du trouble panique dans le contexte des soins primaires qui associait une thérapie cognitivo-comportementale et la prise de médicaments. L'équipe de soins était composée d'un médecin de soins primaires, d'un spécialiste de la santé comportementale et d'un psychiatre. Du matériel éducatif destiné à l'utilisateur a également été utilisé. Certaines caractéristiques des soins différaient des versions du traitement fondées sur la recherche; l'intervention a été condensée et comportait des soins de suivi donnés au téléphone par un personnel non spécialisé.

De même, Rollman et ses collaborateurs (2003) ont décrit un programme de soins par paliers axés sur la collaboration pour le traitement des troubles paniques et d'anxiété généralisée, utilisé dans le cadre d'un essai clinique du National Institute of Mental Health. Un gestionnaire des soins effectuait en temps opportun des interventions cliniques et de gestion de cas par téléphone auprès de chaque usager. Il avait à sa disposition un système électronique de dossiers des usagers pour le traitement des usagers atteints.

Le modèle de traitement de la dépression est utilisé pour d'autres troubles mentaux communs.

Les résultats de l'évaluation du modèle de Craske et de ses collaborateurs (2002) ainsi que de celui de Rollman et de son équipe (2003) n'ont pas encore été publiés.

### *Élargissement de la portée des soins axés sur la collaboration*

On examine la possibilité d'élargir la portée des soins axés sur la collaboration au-delà de la fonction de traitement.

On examine également l'utilisation de divers éléments du processus de soins et de traitement afin d'élargir les modèles de soins axés sur la collaboration. Par exemple, une étude pilote (Matalon et coll., 2002) décrit l'intervention de courte durée innovatrice mise en pratique dans une clinique d'aiguillage multidisciplinaire destinée aux grands usagers de services de soins primaires, en Israël. L'intervention visait à soulager les pratiques de soins primaires achalandées du fardeau des soins donnés aux usagers aux prises avec des troubles somatiques. La clinique d'aiguillage multidisciplinaire était établie en milieu communautaire et simplement appelée « clinique de consultation » pour éviter toute stigmatisation. Le personnel de la clinique était composé d'un médecin de soins primaires ayant reçu une formation en psychothérapie et d'un auxiliaire médical social, tous deux supervisés par un psychiatre expérimenté. Les usagers aiguillés vers la clinique remplissaient trois courts questionnaires lors de la première consultation. De plus, le médecin leur faisait passer une évaluation médicale et psychosociale approfondie, puis un examen physique. Ensuite, le médecin et l'utilisateur présentaient un compte rendu conjoint à l'auxiliaire médical social. Une stratégie thérapeutique était définie en fonction des préférences et des croyances personnelles et culturelles de l'utilisateur, et des méthodes de traitement de courte durée étaient utilisées. Les résultats ont montré que l'intervention pouvait modifier le comportement face à la maladie, et réduire le nombre de consultations et le coût des examens médicaux, des renvois et des hospitalisations.

### *L'autotraitement, une forme de soins axés sur la collaboration*

On considère maintenant l'autotraitement comme un élément des soins axés sur la collaboration — une reconnaissance du rôle de l'utilisateur.

Trois articles traitent de l'autotraitement. Bowers et ses collaborateurs (2001) ont réalisé une évaluation systématique de huit essais à répartition aléatoire ou non aléatoire sur l'autotraitement pour déterminer l'efficacité clinique et le rapport coût-efficacité de l'autotraitement de l'anxiété et de la dépression dans le contexte des soins primaires. Dans le cadre de ces essais, on a défini l'autotraitement comme des interventions écrites principalement fondées sur des principes comportementaux. Les essais ont rapporté des avantages importants relativement aux résultats associés à l'autotraitement. Cependant, ils comportaient des lacunes d'ordre méthodologique, et leur nombre était insuffisant. Aucun essai n'a permis d'obtenir des données sur les effets et les coûts à long terme.



Richards et son équipe (2002) ont examiné des thérapies d'autoassistance dans le cadre d'un essai comparatif à répartition aléatoire qui élargissait le rôle des infirmières praticiennes pour faciliter l'accès à une thérapie cognitivo-comportementale d'autoassistance des personnes atteintes de troubles mentaux communs légers ou modérés, et ont comparé ces thérapies aux soins habituels. Encore une fois, des effets cliniques à court terme ont été constatés, ce qui semble indiquer que ces thérapies sont rentables et qu'elles pourraient être utilisées dans le contexte des soins primaires.

Enfin, Lovell et ses collaborateurs (2003) ont évalué une clinique d'autotraitement à accès rapide dans le contexte des soins primaires, sur les plans de l'acceptabilité (nombre de renvois, assiduité et satisfaction de l'utilisateur), de l'efficacité (consultations par usager, utilisation par l'utilisateur des autres services de santé) et de l'efficacités (gravité du problème au moment du suivi). La clinique offrait des services d'autotraitement assurés par une infirmière-thérapeute, soit une évaluation de 30 minutes dans la première ou deuxième semaine suivant le renvoi et une évaluation de suivi de 15 minutes une fois par mois. Dans l'ensemble, cette étude pilote laisse entendre que ce type de clinique pourrait utilement compléter les services traditionnels de traitement psychologique. Il faudra réaliser d'autres études pour connaître la pleine valeur de ces cliniques.

Un élément clé du Cadre de travail de l'ICCSM est l'accessibilité — soit la manière d'intégrer les services de soins de santé mentale aux soins de santé primaires. Le présent chapitre a passé en revue plusieurs cadres de travail et modèles pour les soins de santé mentale axés sur la collaboration. Ces modèles ont souvent été conçus pour des populations particulières. L'objectif de l'accessibilité, élément clé du Cadre de travail de l'ICCSM, est de saisir le large éventail des modèles de prestation de soins primaires, indépendamment de la population visée.

Le présent chapitre a amorcé la discussion sur ces divers modèles de soins de santé mentale axés sur la collaboration, le rôle du travail en équipe et la composition de l'équipe, les infrastructures qui soutiennent les soins axés sur la collaboration, et le rôle de l'utilisateur et de l'autotraitement. La documentation sur ces sujets est examinée de manière plus approfondie dans les trois prochains chapitres.

## Résumé du chapitre

Dans l'ensemble, les soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires permettent à l'utilisateur d'avoir plus facilement accès aux services de santé mentale, et profitent aux usagers, aux prestataires de soins et au système global.

Plusieurs cadres de travail et modèles ont été conçus pour étudier la documentation sans cesse croissante sur ce sujet. De nombreux modèles portent sur le type et le degré des besoins des usagers, tant sur les plans physique que mental. Ces cadres de travail et ces modèles ont un objectif commun — faire mieux comprendre l'intégration d'approches disciplinaires distinctes afin d'améliorer les services et les résultats pour les usagers atteints de troubles mentaux communs.

# Chapitre 6 :

## RICHESSSE DE LA COLLABORATION

### MESSAGES CLÉS

- *Le travail en équipe constitue une approche fonctionnelle des soins axés sur la collaboration qui permet à de nombreux professionnels de la santé de former un partenariat avec les usagers et leur famille.*
- *On n'a pas encore déterminé quels devraient être la composition de l'équipe de soins axés sur la collaboration, ni le nombre de membres de l'équipe.*
- *L'éventail de professionnels de la santé qui participent à la prestation de soins axés sur la collaboration peut être large. Auparavant, cet éventail comprenait des infirmières et des médecins de diverses disciplines, des psychologues, des travailleurs sociaux, des ergothérapeutes, des pharmaciens et des aumôniers.*
- *Le travail en équipe constitue un défi pour les professionnels de la santé à cause de la formation qu'ils ont reçue, surtout dans le contexte des soins primaires où les soins sont centrés sur les questions d'ordre biologique et souvent donnés rapidement.*
- *Dans certains pays, on a créé de nouveaux postes comme préposé au triage, conseiller, travailleur de liaison, travailleur de soins de santé mentale primaires, facilitateur de soins et prestataire de soins prolongés. Ces postes fonctionnels sont occupés par des professionnels de différentes disciplines.*

La richesse de la collaboration entre les prestataires de soins primaires et de soins de santé mentale est une caractéristique essentielle de la réussite et de l'efficacité des soins de santé mentale axés sur la collaboration. Cette richesse découle de l'interaction réelle entre les membres de l'équipe qui caractérise la prestation de soins axés sur la collaboration et des méthodes conçues pour favoriser cette interaction.

Les caractéristiques principales de la richesse de la collaboration sont examinées dans le présent chapitre :

- *Le travail en équipe des prestataires de soins, des usagers et des autres prestataires de soins professionnels et non professionnels.*
- *Une approche holistique des soins permettant de mieux répondre à des besoins globaux complexes que l'approche traditionnelle des soins de santé primaires.*
- *Une interaction efficace entre tous les membres de l'équipe, y compris les usagers et leur famille, entraînant une plus grande satisfaction à l'égard du travail et du service.*
- *La participation de plusieurs groupes de professionnels de la santé pour donner les soins les plus appropriés.*

Les soins axés sur la collaboration sont centrés sur le contenu et la nature de l'interaction entre les partenaires.

- La possibilité pour tous ceux qui participent à la prestation de soins de santé mentale axés sur la collaboration de transmettre leurs connaissances et de recevoir de la formation.

### **Collaboration entre les prestataires de soins et les usagers**

Le recours à des équipes pour la prestation de soins de santé mentale est une pratique bien établie dans de nombreux pays (Freeman et coll., 2002). Cette méthode est utilisée aux États-Unis, en Australie, au Canada et en Grande-Bretagne pour la prestation de soins de santé mentale spécialisés (p. ex., le suivi intensif dans le milieu). Le travail en équipe est aussi utilisé pour la prestation de soins de santé mentale primaires, surtout en Angleterre.

### **Caractéristiques du travail en équipe**

Plusieurs articles de la documentation traitent du travail en équipe. Selon les chercheurs, les véritables soins de santé mentale primaires intégrés sont donnés par une équipe de professionnels de la santé qui travaillent conjointement avec les usagers atteints d'un trouble mental, dans le contexte des soins primaires. Le travail en équipe unifie les soins médicaux et les soins de santé mentale, et évite la dichotomie du corps et de l'esprit. Le travail en équipe va au-delà de la collaboration et de la bonne communication, à la jonction des soins primaires et des soins de santé mentale. Il comporte la coordination et le regroupement des soins (Blount, 1998b,c; Strosahl, 1998; Lester et coll., 2004; Badger et Nolan, 2002; Felker et coll., 2004; Getler et coll., 2001; Kanapaux, 2004; Thomas et Hargett, 1999).

Akhavain et ses collaborateurs (1999) affirment que le travail en équipe est un processus dynamique qui exige de faire preuve à la fois d'affirmation et de dévouement, d'être fidèle à ses valeurs personnelles tout en travaillant à l'atteinte d'un but commun, et d'établir un équilibre entre autonomie et solidarité. En fin de compte, la collaboration au sein d'un système consiste à donner de soi, et non à s'abandonner.

#### *Avantages*

La documentation (Buszewicz, 1998; Borrill et coll., 2000; Hart, 1999; Badger et Nolan, 2002; Zeiss et Thompson, 2003) souligne plusieurs avantages du travail en équipe pour la prestation de soins de santé mentale dans le contexte des soins primaires :

- Échanger des renseignements sur l'utilisateur.
- Décider conjointement s'il est approprié d'aiguiller l'utilisateur vers un autre membre de l'équipe et vers quel membre l'aiguiller.

Le travail en équipe est une pratique bien établie dans le contexte des soins de santé mentale.

La collaboration entre les partenaires d'une équipe de soins de santé permet d'unifier les diverses manières de traiter les troubles mentaux communs.

Le travail en équipe est dynamique et exigeant, et nécessite un équilibre entre les traits de caractère des individus et leurs compétences professionnelles.

- ∞ Donner aux membres du personnel l'occasion d'apprendre les uns des autres.
- ∞ Apporter un soutien aux prestataires de soins.
- ∞ Partager la prise en charge du risque thérapeutique.
- ∞ Prendre en charge des cas cliniques ou thérapeutiques au sein de l'équipe.

### *Obstacles*

Bien que le travail en équipe comporte des avantages évidents, il existe de nombreux obstacles à cette approche (Buszewicz, 1998; Herrman et coll., 2002; Hart, 1999; Bateman et coll., 2004; Valianti, 2004) :

- ∞ l'ambiguïté et le conflit des rôles;
- ∞ le conflit ou la confusion à propos du leadership;
- ∞ une compréhension différente de la responsabilité;
- ∞ la méconnaissance entre les différents groupes de professionnels de la santé;
- ∞ des professionnels de la santé ayant des avantages différents les uns des autres;
- ∞ des approches conceptuelles différentes;
- ∞ des modèles de travail différents avec les usagers;
- ∞ la crainte du changement;
- ∞ de longues réunions d'équipe centrées uniquement sur des problèmes de santé mentale;
- ∞ les structures hiérarchiques traditionnelles de la médecine.

### *Effets de la collaboration*

Felker et son équipe (2004) décrivent les effets de l'établissement d'une équipe multidisciplinaire de soins de santé mentale primaires dans une clinique de médecine interne vouée aux soins primaires. Ils ont constaté qu'après une année de fonctionnement, la fragmentation des soins avait diminué et la collaboration entre les prestataires de soins s'était accentuée. Les éléments relationnels de certains problèmes ont nécessité une plus grande attention, par exemple :

- ∞ la communication;
- ∞ les attentes des usagers à l'égard des soins;
- ∞ la compréhension des rôles;
- ∞ la supervision rapide des problèmes moins urgents;
- ∞ la collaboration étroite avec les prestataires de soins primaires sur le plan clinique.

Les membres de l'équipe doivent être prêts à faire preuve d'esprit d'équipe et à surmonter les défis du travail en équipe.

### *Stratégies d'adaptation*

Lankshear (2003) décrit six stratégies pour composer avec la disparité entre le mandat établi de l'équipe et la pratique réelle : l'isolement, l'homogénéisation, la fraternisation, la négociation, la manipulation et la démarcation.

### *Efficacité des interactions entre prestataires et usagers*

Il est important de comprendre les interactions réelles dans le contexte des soins axés sur la collaboration pour assurer la prestation efficace du service, l'amélioration de la qualité des soins et l'obtention des résultats escomptés. Des études ou des résumés descriptifs, premier type de données rapportées dans la documentation de la plupart des domaines naissants, aident à mieux comprendre ces interactions. Les défenseurs des soins de santé mentale primaires intégrés ont consigné leurs expériences et leurs observations dont profitent ceux qui envisagent de mettre en œuvre cette innovation. Généralement, ces exposés descriptifs sont de deux types — conceptuels ou narratifs. Dans certains cas, les auteurs traitent d'éléments clés de la collaboration alors que dans d'autres, ils cernent un élément clé de l'évaluation informelle du programme qu'ils décrivent.

Deux grandes catégories de sujets sont traitées dans ces articles : les caractéristiques relationnelles et structurales des soins. En ce qui concerne les caractéristiques relationnelles, trois sous-catégories ont été déterminées : les traits de caractère des prestataires de soins, les interactions entre les membres de l'équipe et les interactions entre les membres de l'équipe et les usagers. (Voir le chapitre 7 pour l'analyse des caractéristiques structurales.)

### *Caractéristiques personnelles des prestataires de soins*

Plusieurs auteurs (p. ex., Akhavain et coll., 1999; Badger et Nolan, 2002; Pollin et DeLeon, 1995; Lipkin, 1999; Herrman et coll., 2002; Spruill et coll., 1998; deGruy, 1999; Patterson, 1998; Mauer/National Council for Community Behavioral Healthcare [NCCBH], 2003) examinent les caractéristiques personnelles des prestataires de soins qui entrent en jeu dans la pratique en collaboration. Ils ont déterminé certaines qualités essentielles pour bien travailler en équipe : l'empathie et le respect d'autrui, une personnalité agréable, la fiabilité, la flexibilité et la capacité de faire face à l'incertitude et de s'adapter au changement. Le besoin de dominer, l'autonomie et la différenciation personnelle influencent également la capacité d'une personne à travailler en équipe.

Les caractéristiques relationnelles et structurales des soins sont importantes.

La façon d'agir au sein d'une équipe de soins axés sur la collaboration dépend des traits de caractère, notamment la capacité de respecter autrui, le besoin de dominer, la faculté d'adaptation et l'esprit d'entraide.

### *Interactions entre les membres de l'équipe*

Les auteurs des articles sur les soins axés sur la collaboration ont aussi cerné des caractéristiques qui influencent les relations entre les prestataires de soins au sein d'une équipe. Ils ont déterminé les conditions dans lesquelles les professionnels de la santé travaillent conjointement ou les attitudes de chacun à l'égard du travail en équipe :

- Proximité spatiale : le partage de locaux est un début. Dans le contexte des soins intégrés, la proximité optimale est atteinte lorsqu'au moins deux professionnels de la santé sont présents au moment de l'interaction avec la personne qui reçoit les soins (Patterson et coll., 1998; Badger et Nolan, 2002).
- Proximité temporelle : le temps réel que les professionnels de la santé passent ensemble, excluant l'interaction avec l'utilisateur (Kates, 2002; Patterson et coll., 1998; Badger et Nolan, 2002).
- Meilleure communication : communication plus claire et plus fréquente, amélioration du style et de la réciprocité de la communication (Kates, 2002; Stichler, 1998; Patterson et coll., 1998; Lorenz et coll., 1999; Pollack, 1999; Davis et Blitz, 1999).

Les attitudes interprofessionnelles ont aussi été mises en évidence. Les membres de l'équipe doivent :

- S'engager à nouer des relations interprofessionnelles (Lorenz et coll., 1999).
- Collaborer à l'atteinte d'objectifs communs, surtout ceux liés à l'utilisateur qui a des besoins en soins de santé mentale (Davis et Blitz, 1998; Stichler, 1998; Lorenz et coll., 1999; Patterson et coll., 1998; Pollin et DeLeon, 1996; Buszewicz, 1998; Badger et Nolan, 2002).
- Respecter le rôle, les connaissances et les compétences de chaque membre de l'équipe (Stichler, 1998; Pollin et DeLeon, 1995; Lorenz et coll., 1999; deGruy, 1999; Herrman et coll., 2002; Buszewicz 1998).
- Établir entre eux une relation de confiance mutuelle (Davis et Blitz, 1998; Stichler, 1998; Lorenz et coll., 1999; Pollin et DeLeon, 1996).
- Équilibrer le pouvoir entre eux, y compris (Herrman et coll., 2002; Davis et Blitz, 1998; Stichler, 1998; Lipkin, 1999; Pollin et DeLeon, 1996) :
  - Être conscients de la hiérarchie traditionnelle entre les professions.
  - Définir les rôles professionnels pour équilibrer les différences de pouvoir.

Les caractéristiques de l'interaction interpersonnelle influencent la prestation des soins.

Les attitudes interprofessionnelles jouent un rôle important dans le contexte des soins axés sur la collaboration.

Il est crucial que les prestataires de soins et les usagers soient capables d'établir entre eux de bons rapports.

- Reconnaître et valoriser les connaissances et la contribution de chaque membre de l'équipe.
- Considérer la contribution de chaque membre de l'équipe comme égale.

### *Interactions entre les membres de l'équipe et les usagers*

Les interactions avec les usagers ont aussi été examinées (Badger et Nolan, 2002). Les professionnels de la santé doivent :

- ∞ Comprendre les répercussions de la stigmatisation associée à la santé et à la maladie mentales sur la vie des personnes (Mauer/NCCBH, 2003).
- ∞ Avoir de fortes aptitudes à l'écoute active (Lipkin, 1999).
- ∞ Se concentrer sur les problèmes et la fonction en évolution de l'utilisateur plutôt que sur la personnalité de celui-ci (Mauer/NCCBH, 2003).
- ∞ Être ouverts à d'autres cultures que la leur et aux autres sources de diversité (Mauer/NCCBH, 2003; Akhavain et coll., 1999).
- ∞ Être prêts à faire participer les usagers à leurs propres soins et à la planification et à la surveillance des services (Jenkins et Strathdee, 2000; Badger et Nolan, 2002).
- ∞ Utiliser des mesures incitatives pour obtenir la participation des usagers qui ne sont pas conscients de leurs propres problèmes de santé comportementale (Pollack, 1999).

### **Outils de collaboration**

Un article (Hyvönen et Nikkonen, 2004) analyse le contenu des soins de santé mentale dans le contexte des soins primaires et détermine les outils utilisés par les praticiens pour le traitement des troubles mentaux. Des médecins et des infirmières ont participé à cette petite étude qualitative finlandaise. Bien que les auteurs présentent le point de vue des prestataires de soins, la série d'outils qu'ils décrivent convient également à la collaboration entre le praticien et l'utilisateur. Ils ont établi quatre catégories d'outils :

1. Le praticien : il s'agit ici des connaissances, des compétences, des valeurs et des attitudes du praticien qui entrent en jeu lorsque celui-ci est en interaction avec l'utilisateur. La personnalité constitue un méta-outil lorsqu'elle influence les décisions sur le choix des outils et la manière de les utiliser (c'est-à-dire que même des praticiens ayant une formation semblable peuvent traiter leurs patients différemment). Le praticien est considéré comme un outil

La prestation de soins de santé mentale axés sur la collaboration nécessite une série d'outils.



au sens où l'on parle de sa propre manière de donner les soins de santé mentale — ce qui lui demande d'être équilibré et introspectif. Le praticien est la pierre angulaire des soins de santé mentale étant donné qu'il détermine quels autres outils seront utilisés.

2. Outils interactifs : il s'agit d'outils informatifs, de soutien ou contextuels, essentiels au processus de soins :
  - Outils informatifs : au moyen d'entrevues, de l'observation et de l'écoute, le praticien recueille de l'information sur la situation, les besoins et les désirs de l'utilisateur. L'écoute active est une aptitude essentielle.
  - Outils de soutien : l'acte d'apporter consciemment un soutien par le toucher, l'écoute ou d'autres actions met l'utilisateur à l'aise.
  - Outils contextuels : l'humour, l'intuition et la créativité sont des outils dont l'utilisation dépend beaucoup du contexte. Le contexte englobe le praticien, l'utilisateur et la situation du moment qui influencent comment et quand le praticien utilise ces outils. Les outils contextuels complètent les autres types d'outils.
3. Outils idéologiques : ce sont les principes qui guident les actes du praticien qui donne les soins. Ces outils sont entre autres l'adaptation aux besoins de l'utilisateur, l'acceptation et la tolérance, l'honnêteté et l'authenticité, et le sentiment de sécurité.
  - L'adaptation aux besoins de l'utilisateur est fondée sur les notions d'individualité, de compréhension interculturelle et de bon service. Il est important d'avoir une vision globale des besoins de l'utilisateur. Le prestataire de soins soucieux de donner un bon service est amical et poli, et sait mettre l'utilisateur à l'aise grâce à de petites attentions comme se présenter et serrer la main de l'utilisateur à la première rencontre.
  - L'acceptation et la tolérance sont les attitudes requises pour accepter l'utilisateur tel qu'il est, sans préjugé. Le praticien considère l'utilisateur comme un sujet et respecte son autonomie. Il considère les soins de santé mentale comme un processus, une interaction entre des individus.
  - L'honnêteté et l'authenticité sont deux qualités essentielles pour discuter avec l'utilisateur de toutes les questions qui le concernent. Le praticien explique franchement à l'utilisateur les mesures entreprises. Il s'intéresse sincèrement à l'utilisateur et à sa situation. La façon dont le praticien communique verbalement et non verbalement reflète cette attitude. Le praticien est

présent au moment où il faut donner les soins et y consacre toute son attention.

- Le sentiment de sécurité naît de la confiance en une relation continue entre le prestataire de soins et l'utilisateur. Le praticien est alerte et attentif lorsqu'il donne des soins à l'utilisateur. L'utilisateur peut compter sur le fait que la collaboration entre lui et le praticien sera continue et que le praticien ne trahira pas le secret professionnel. Le fait de nouer des relations étroites renforce le sentiment de sécurité, mais ce genre de relation se bâtit avec le temps. Le praticien doit donner le temps à l'utilisateur de se rendre compte que son problème est important et qu'il peut compter sur l'aide du praticien. Il est important de disposer d'un endroit calme où l'on peut discuter avec l'utilisateur sans interruption.

4. Outils techniques : ce sont les évaluations médicales ou les outils concrets. Ces outils permettent de surveiller l'état de santé de l'utilisateur ou de lui faire subir un traitement médical. Ils peuvent être interactifs et complètent les outils idéologiques, ou en permettent l'utilisation.

Il est essentiel de connaître quels éléments entrent en interaction pour la prestation de soins de santé mentale dans le contexte des soins primaires afin de comprendre les répercussions de la pratique en collaboration sur le comportement du prestataire de soins et l'évolution de l'état de santé de l'utilisateur. Il faut refaire cette étude pour évaluer divers systèmes de soins de santé, ce qui permettrait d'extrapoler les résultats obtenus à un ensemble plus vaste. Il serait utile d'y inclure d'autres membres de l'équipe de soins primaires axés sur la collaboration. De plus, Hyvönen et Nikkonen (2004) affirment que cette information est importante pour la mise en œuvre et le développement des pratiques et de l'éducation dans le contexte des soins de santé mentale primaires.

### **Professionnels de diverses disciplines participant à la prestation de soins axés sur la collaboration**

Des professionnels de nombreuses disciplines participent à la prestation de soins axés sur la collaboration. Les opinions exprimées dans la documentation varient. Certains auteurs sont en faveur du travail en équipe alors que d'autres mettent l'accent sur l'interaction entre deux professions. Le mode de collaboration recommandé reflète en partie les progrès généraux réalisés dans le domaine : les anciens articles mettent l'accent sur les avantages possibles de n'importe quel mode de collaboration et la manière dont les professionnels de la santé peuvent commencer à travailler en collaboration, tandis que les articles récents soulignent

Des professionnels de différentes disciplines peuvent faire partie d'une équipe de soins axés sur la collaboration.

l'intégration des pratiques cliniques. De plus, il y a un important volume de documentation sur la participation des professions incluant les soins infirmiers, la psychologie ou les sciences du comportement, le travail social et la médecine. Beaucoup d'articles décrivent les rôles uniques au contexte des soins axés sur la collaboration qui peuvent être assumés par des professionnels de différentes disciplines — le travailleur de soins de santé mentale, le travailleur de liaison, etc.

### *Les psychologues*

Dans l'ensemble, on appuie de plus en plus la participation des psychologues à la prestation de soins de santé mentale primaires, surtout aux États-Unis (Spruill et coll., 1998), au Canada (Romanow et Marchildon, 2003) et en Australie (Jackson-Bowers et coll., 2002). Plusieurs perspectives théoriques sont présentées dans la documentation afin de décrire les caractéristiques de l'interaction entre les psychologues et les prestataires de soins médicaux. McDaniel (1995) ainsi que Pace et son équipe (1995) proposent le modèle biopsychosocial et la théorie des systèmes comme théories compatibles pour étayer cette collaboration.

Zeiss et Thompson (2003) affirment que les psychologues travaillant dans le contexte des soins axés sur la collaboration doivent avoir des qualifications de base, par exemple :

- ∞ Savoir quelle est la contribution des autres professionnels de la santé faisant partie de l'équipe et connaître la population qui reçoit les soins.
- ∞ Prêter attention aux rôles assumés par l'équipe pour comprendre comment les membres se complètent et s'aident les uns les autres à se perfectionner dans la prestation de soins axés sur la collaboration.
- ∞ Comprendre la coordination de la planification en équipe et exercer conjointement le leadership ou le pouvoir.
- ∞ Bien connaître les processus de constitution d'une équipe et les méthodes d'intervention pour résoudre les problèmes qui nuisent à la cohésion de l'équipe.

On recommande divers rôles pour les psychologues appelés à travailler dans le contexte des soins axés sur la collaboration. Par exemple, Pollin et DeLeon (1996) traitent de l'intervention directe des psychologues auprès des usagers lorsqu'ils effectuent une thérapie courte et ciblée dans le contexte des soins primaires. Callahan (1997) et Weene (2002) affirment que les psychologues connaissent très bien l'utilisation des psychotropes et les solutions de rechange à la pharmacothérapie et sont les mieux placés pour aider les autres membres de l'équipe de soins primaires à comprendre

ces questions complexes. Coyne (2003) recommande que les psychologues ne soient pas des acteurs de première ligne au sein de l'équipe de soins primaires, mais qu'ils soient plutôt responsables de la conception, de la supervision et de l'évaluation des services axés sur la collaboration.

Deux études ont examiné des programmes particuliers qui associaient la prestation de soins primaires et de services de psychologues. Bray et Rogers (1995) présentent de façon détaillée un projet pilote en milieu rural qui associe avec succès des psychologues et des médecins de soins primaires pour le traitement de cas de toxicomanie et d'alcoolisme. Vines et ses collaborateurs (2004) résument une étude de cohortes appariées, réalisée en Australie, qui a évalué un modèle de soins axés sur la collaboration et a montré que ce type de soins permettait d'obtenir de meilleurs résultats que les soins de santé primaires habituels.

#### *Les médecins et les psychiatres*

Les soins axés sur la collaboration sont souvent examinés selon la perspective de l'omnipraticien ou médecin de famille, ou du psychiatre, deux professionnels de la santé qui participent à divers modèles de soins axés sur la collaboration. En ce qui concerne leur collaboration avec des psychiatres, les médecins de famille veulent des choses essentielles — des relations face-à-face, le respect de leurs connaissances et de leurs compétences professionnelles et une compréhension du travail dans le contexte des soins de santé primaires (Burley 2002). Ils veulent également que les usagers qu'ils adressent à un spécialiste aient accès plus facilement à des soins spécialisés (Kushner et coll., 2001). Fritz (2003) soulève des points semblables relativement à la collaboration entre pédiatres et pédopsychiatres. D'autres articles traitent de la participation des psychiatres. Dans le cadre de leur sondage auprès des psychiatres canadiens, Kates et ses collaborateurs (2001) ont constaté que les répondants accordaient une note élevée à la collaboration. Pirkis et son équipe (2003) ont présenté un programme novateur qui vise à augmenter les interactions entre les psychiatres de pratique privée et le système de soins de santé mentale public par l'entremise de la création d'une unité de coordination et de la rémunération des activités de soins indirects des psychiatres. Deux articles traitent de la pharmacologie : l'un (Sederer et coll., 1998) décrit l'élaboration des lignes directrices pour les psychiatres prescripteurs qui travaillent dans le contexte des soins axés sur la collaboration, et l'autre (Hales et coll., 1998) présente un programme de mentorat et de formation dans le cadre duquel des psychiatres aident des infirmières praticiennes à acquérir les connaissances et les compétences requises pour prescrire des médicaments. Siegel et Leiper (2004) présentent un cadre de travail théorique qui permet de comprendre comment les médecins de soins primaires traitent les troubles mentaux. Les auteurs

recommandent de connaître cette méthode de travail et de miser sur ses points forts.

Finalement, deux articles constatent la possibilité que les soins axés sur la collaboration puissent répondre aux besoins de clientèles spéciales : les usagers atteints d'une maladie mentale grave (Brown et coll., 2002) et les usagers présentant un trouble alimentaire (Walsh et coll., 2000).

### *Les pharmaciens*

La participation des pharmaciens à la prestation de soins axés sur la collaboration en est encore à ses débuts. Sur les cinq brefs rapports (Baldwin, 1999; Finley et coll., 1999; Zillich, 2004; Howard et coll., 2003; Norton et coll., 2003) obtenus au moyen du dépouillement de la documentation, seul l'article de Finley et de son équipe (1999) traite directement des soins de santé mentale axés sur la collaboration. Les pharmaciens sont aptes à participer à la prestation de soins axés sur la collaboration grâce à leurs connaissances sur les médicaments et à leurs aptitudes interpersonnelles acquises auprès des patients et des médecins, des éléments clés de leur rôle (Baldwin, 1999). Les obstacles à la collaboration entre les médecins et les pharmaciens ont fait l'objet d'articles approfondis. Parmi les obstacles cernés, il y a le conflit à propos du rôle des pharmaciens (Howard et coll., 2003) qui croient pouvoir assumer plus de responsabilités auprès des usagers que les médecins de famille ne sont prêts à leur accorder, le temps restreint consacré aux discussions entre ces deux groupes, le grand besoin de formation clinique des pharmaciens et l'absence d'un lieu et d'un calendrier de réunions structurés (Norton et coll., 2003).

### *Les travailleurs sociaux*

La participation des travailleurs sociaux à la prestation de soins axés sur la collaboration est étayée dans quelques articles (p. ex., Badger et coll., 1997; Corney 1995; Firth et coll., 2003; Firth et coll., 2004; Chisholm et LeMoine, 2002) trouvés au moyen du dépouillement de la documentation. Le service socio-médical a toujours été préoccupé par la nécessité de porter une attention soutenue aux répercussions des forces et des conditions sociales sur la santé des usagers (Badger et coll. 1997). La participation des travailleurs sociaux à la prestation de soins axés sur la collaboration ne se limite pas à un simple transfert de compétences issues des soins secondaires; ces professionnels de la santé montrent aux prestataires de soins primaires d'autres dimensions de l'utilisateur — la compréhension des effets de la pression exercée par l'environnement et des répercussions que les réactions internes à ce stress ont sur le réseau social de l'utilisateur, composé de sa famille, de ses autres relations et de son travail (Firth et

coll., 2003). Les éléments du travail social au sein d'une équipe de soins primaires comprennent le travail direct plutôt qu'indirect avec les usagers, la gestion du contexte et du processus et le travail social thérapeutique en tant que pratique contextuelle (Firth et coll., 2004). Chisholm et LeMoine (2002) décrivent un programme de soins partagés mis au point en Nouvelle-Écosse dans le cadre duquel les travailleurs sociaux jouaient un rôle important.

### *Les infirmières*

La longue tradition des soins infirmiers en santé mentale est reflétée dans la documentation (Godin, 1996) sur les diverses catégories d'infirmières (p. ex., les infirmières psychiatriques communautaires, les infirmières praticiennes, les infirmières de pratique avancée et les infirmières cliniciennes spécialisées) et leurs contributions possibles à la prestation de soins axés sur la collaboration. Une caractéristique fondamentale des soins infirmiers faisant partie intégrante des soins de santé mentale axés sur la collaboration est l'approche holistique des infirmières dans leurs rapports avec les usagers (Shanley et coll., 2003). Comme les travailleurs sociaux, les infirmières ont une vision globale des usagers – elles tiennent compte de leur état et de leurs caractéristiques physiques, de leurs émotions, de leur contexte social et de leur milieu. La participation des infirmières offre d'autres approches que l'approche strictement médicale pour relever les défis en santé mentale ou traiter les maladies mentales. Plus précisément, Shanley et ses collaborateurs (2003) déclarent que les infirmières savent :

- Utiliser une approche des soins centrée sur l'utilisateur selon laquelle l'épisode de maladie mentale survient lorsque l'utilisateur n'utilise pas ses stratégies d'adaptation.
- Aider l'utilisateur à définir ces stratégies d'adaptation et à les utiliser pour régler ses problèmes.
- Utiliser les contacts formels et informels avec l'utilisateur pour le sensibiliser à ses propres besoins dans son univers physique, social et personnel.

McCann et Baker (2003) font ressortir trois raisons pour lesquelles les infirmières devraient collaborer avec les médecins de famille à la prestation de soins de santé mentale :

1. Un nombre plus grand d'utilisateurs atteints de maladie mentale sont traités dans le secteur des soins primaires que dans celui des soins de santé mentale.
2. Les médecins sont plus en mesure de diagnostiquer les troubles médicaux que les infirmières.

3. Les usagers tirent avantage de la continuité accrue des soins lorsque ces professionnels de la santé collaborent.

Les infirmières acceptent leur rôle dans la prestation de soins axés sur la collaboration (Shannon-Jones et coll. 2003), car elles reconnaissent qu'elles sont un lien important entre les soins de santé mentale primaires et secondaires (McCann et Baker, 2003). Les infirmières reconnaissent qu'elles ont besoin de perfectionner leurs compétences en diagnostic et en traitement, surtout dans le domaine des maladies mentales graves (Nolan et coll., 1999). Plusieurs auteurs traitent des possibilités d'élargir le rôle des infirmières dans des domaines comme les consultations externes pour l'administration de médicaments (Gray et coll., 1999; Millar et coll., 1999; Kaas et coll., 2000), le traitement de la dépression (Mann et coll., 1998), les soins de télésanté (Hunkeler et coll., 2000) et les importantes réformes des soins de santé primaires effectuées dans les pays en voie de développement (Sokhela, 1999).

De nombreux articles décrivent la participation des infirmières dans le cadre de divers modèles de soins axés sur la collaboration :

- ∞ McCann et Baker (2003), Badger et Nolan (1999) et Roberts (1998) décrivent des modèles axés sur la liaison avec un spécialiste dans le cadre desquels des infirmières membres d'équipes de soins de santé mentale communautaires collaboraient avec des omnipraticiens pour le traitement des usagers qui avaient des besoins en soins de santé mentale.
- ∞ McCann et Baker (2003), Shannon-Jones et ses collaborateurs (2003) et Badger et Nolan (1999) décrivent des programmes dans le cadre desquels des infirmières en milieu communautaire avaient des contacts étroits avec des omnipraticiens pendant qu'elles traitaient des usagers souffrant d'un épisode aigu de maladie mentale.
- ∞ Lyles et son équipe (2003) et Badger et Nolan (1999) traitent de modèles de remplacement dans le cadre desquels des infirmières praticiennes réalisaient des interventions à volets multiples auprès d'usagers aux prises avec des troubles somatiques, avec le soutien des médecins et d'autres professionnels de la santé. Hales et ses collaborateurs (1998) décrivent un modèle semblable dans le cadre duquel des infirmières praticiennes formées pour prescrire des médicaments et prendre en charge les médicaments prescrits par des psychiatres prenaient elles-mêmes en charge des cas de maladie mentale.

Les autres professionnels de la santé, comme les médecins, apprécient le rôle et la participation des infirmières dans le contexte des soins axés sur la collaboration (Atkin et Lunt, 1996; Badger et Nolan, 1999; Walker et coll., 2000).

### *Les ergothérapeutes*

Cook et Howe (2003) examinent la participation des ergothérapeutes à la prestation de soins de santé mentale primaires. Leur contribution est leur capacité d'améliorer le fonctionnement social des usagers, surtout ceux qui sont atteints d'une maladie mentale grave.

### *Les diététistes*

Kates et ses collaborateurs (2002b) décrivent la participation des diététistes dans le cadre d'un modèle de soins axés sur la collaboration. Ces professionnels de la santé donnent des soins directement aux usagers et fournissent du soutien et de la formation aux autres membres de l'équipe de soins primaires.

### *Les aumôniers et autres membres du clergé*

Une étude réalisée par Felker et son équipe (2004) étaye la participation d'un aumônier dans le cadre d'un modèle de soins axés sur la collaboration. L'aumônier participait directement à l'évaluation diagnostique des usagers de soins de santé mentale et assumait la responsabilité d'explorer les questions spirituelles. Les services de l'aumônier faisaient partie de l'éventail des traitements et ont été utilisés par les usagers.

### *Les usagers et les travailleurs de soutien auprès des pairs*

On tend de plus en plus à reconnaître les usagers comme des experts et à les faire collaborer à la prestation de leurs soins. Certaines équipes de soins axés sur la collaboration s'appuient sur l'autotraitement ou les services de travailleurs de soutien auprès des pairs. Le chapitre 4, sur le système centré sur l'utilisateur, traite de l'importance de la participation des usagers.

### *Les travailleurs de soins de santé mentale primaires, les conseillers, les travailleurs de liaison, les facilitateurs de soins et les spécialistes de la santé*

Plusieurs postes uniques, définis selon la fonction plutôt que la discipline, ont été créés pour la prestation de soins axés sur la collaboration. Dans certains pays, comme la Grande-Bretagne, ces postes ont été imposés par la politique de réforme des soins primaires et de santé mentale. Souvent, ils sont établis pour assurer la liaison entre les prestataires de soins primaires et les prestataires de soins de santé mentale. Des personnes de différentes disciplines occupent ces postes parce que leur fonction met l'accent sur leurs caractéristiques personnelles, leurs attitudes

Des postes uniques sont créés pour soutenir la véritable collaboration.



et l'ensemble de leurs compétences plutôt que sur leur formation particulière.

Dans le cadre de la dernière série de réformes des soins de santé en Angleterre, deux postes fonctionnels conçus pour le contexte des soins axés sur la collaboration ont été sanctionnés par une politique : le préposé au triage et le travailleur de soins de santé mentale primaires. Le gouvernement avait demandé que 1 000 travailleurs de soins de santé mentale primaires nouvellement diplômés, formés pour faire des interventions brèves, soient affectés au soutien des prestataires de soins primaires en 2004. Bower et ses collègues (Bower, 2002; Bower et coll., 2004; Bower et Sibbald, 2004) examinent ce poste dans une série d'articles et dans le cadre d'une étude, tandis que Lacey (1999) étudie un poste proposé de travailleur de soins de santé mentale pour enfants. Bower (2002) étudie quatre aspects pertinents pour la création de postes de travailleurs de soins de santé mentale :

1. les types de troubles mentaux pris en charge par ces travailleurs;
2. le degré auquel ces travailleurs travaillent de manière autonome ou dans le cadre d'un système de soins;
3. la phase de l'évolution de la maladie où ils vont intervenir;
4. le lien entre le rôle et les interventions cliniques ou le rôle non clinique plus large dans l'organisation ou la surveillance des soins.

Bower et son équipe (2004) ont rapporté que la mise en service des travailleurs de soins de santé mentale primaires se poursuivait, mais que la majorité des postes comblés étaient centrés sur le travail clinique, et non sur la portée plus étendue des fonctions. Bower et Sibbald (2004) ont réalisé une analyse sur la pratique fondée sur des données probantes auprès de travailleurs de soins de santé mentale et ont constaté que ceux-ci avaient un effet direct sur les habitudes de prescription des médecins de soins primaires dans le cadre d'un modèle de consultation-liaison (p. ex., la réduction des ordonnances de psychotropes et des renvois) lorsque ce modèle était utilisé dans le cadre d'interventions à volets multiples. Toutefois, cet effet était de courte durée, car il ne persistait pas après l'arrêt de la collaboration entre ces deux groupes. Bien que les auteurs aient pu établir avec une certaine certitude que cet effet se produisait aussi dans le cadre des modèles de remplacement (les travailleurs de santé mentale remplaçant les prestataires de soins primaires), l'effet n'était pas fiable.

Le préposé au triage (United Kingdom Department of Health [ministère de la Santé du Royaume-Uni], 2002) est placé entre l'omnipraticien ou l'équipe de soins primaires et le service des urgences pour répondre à l'utilisateur qui a immédiatement besoin de soins de santé mentale. C'est lui qui communique avec l'équipe d'intervention d'urgence si cela est nécessaire. Son rôle est de consolider l'accès aux soins et de faire un triage

dans la collectivité afin que les usagers puissent recevoir rapidement des soins spécialisés.

Le poste de travailleur de liaison est également décrit dans la documentation anglaise. Le travailleur de liaison améliore les relations entre les omnipraticiens et les équipes locales de soins de santé mentale pour favoriser la collaboration. Deux études ont examiné l'influence des travailleurs de liaison : Bindman et son équipe (2001) ont examiné les répercussions sur les coûts et les taux d'entrée, et Emmanuel et ses collaborateurs (2002) ont étudié l'évolution de l'état de santé des usagers.

Le rôle du facilitateur en soins de santé mentale a aussi été étudié (Bashir et coll., 2000). Dans le contexte des soins primaires, l'objectif de ce poste est d'améliorer la détection, la prise en charge et l'issue du traitement de la maladie mentale. Le facilitateur en soins de santé mentale établit des relations personnelles avec le personnel de soins primaires et encourage l'adoption des meilleures pratiques et une meilleure organisation du service. Bashir et son équipe (2000) ont constaté qu'il était possible de former des facilitateurs en soins non spécialisés afin qu'ils puissent intervenir dans le contexte des soins de santé mentale. Toutefois, l'absence d'effets sur le traitement et l'évolution de l'état de santé de l'utilisateur semble indiquer le besoin de perfectionner le rôle du facilitateur.

Kates et ses collègues (2002a) traitent d'autres types de rôles dans le cadre du programme de soins axés sur la collaboration mis en œuvre à Hamilton. Ils ont étudié la participation des conseillers et ont constaté qu'ils aidaient réellement la plupart des usagers à obtenir des résultats thérapeutiques favorables.

Les conseillers ont aussi été largement utilisés dans le système de soins primaires britannique. Jenkins (1999; 2002) étaye la nature de la participation des conseillers, s'interroge sur son efficacité dans le contexte des soins primaires et plaide en faveur de la valeur ajoutée qu'apporte l'intégration de ce service. Dans le cadre de leur sondage national auprès des conseillers travaillant dans le contexte des soins primaires, Mellor-Clark et ses collaborateurs (2001) ont constaté que la plupart des répondants satisfaisaient aux normes nationales relatives aux bonnes pratiques. Cependant, le débat sur l'efficacité du counselling se poursuit. Friedli et son équipe (2000) ont réalisé un essai comparatif à répartition aléatoire pour évaluer les répercussions économiques de l'emploi d'un conseiller en médecine générale et ont constaté que le service de counselling n'était pas plus efficace ou plus cher que les soins donnés par un omnipraticien pendant une période de neuf mois. Cape et Parham (1998) ont obtenu des résultats variables concernant les effets du service de counselling sur l'aiguillage des usagers vers des soins secondaires : un plus grand nombre de cas orientés vers des psychologues cliniques, mais

aucune différence en ce qui a trait aux taux de renvois à des services de consultations externes en psychiatrie.

## **Éducation, formation et transmission des connaissances pour les ressources humaines en soins de santé mentale axés sur la collaboration**

### *Importance de l'éducation et de la formation*

Deux choses doivent se produire afin que les soins de santé mentale intégrés ou axés sur la collaboration deviennent la norme. D'une part, les futurs étudiants des disciplines connexes doivent apprendre comment travailler en collaboration, surtout comment répondre aux besoins en soins de santé mentale d'un vaste éventail de personnes dans le contexte des soins primaires (Blount, 1998a). D'autre part, ceux qui exercent déjà leur profession et sont intéressés à donner des soins de santé mentale axés sur la collaboration doivent avoir des occasions fréquentes et intéressantes de perfectionner leurs connaissances et leurs compétences. Kates (2002) souligne la nécessité de concevoir des méthodes novatrices de formation continue, notamment des modèles fondés sur la pratique, l'utilisation d'Internet et d'outils didactiques simples tels que des fiches d'information sur les médicaments jointes aux feuilles médico-administratives.

De nombreux progrès dans le domaine des soins de santé mentale intégrés se produisent sur le terrain, surtout dans le contexte des systèmes de soins de santé importants et sophistiqués, financés par capitation, aux États-Unis (Blount, 1998b). Les centres de formation médicale sont la source habituelle d'innovation dans la pratique. Dans ces centres, les modèles sont mis au point sous la direction de professeurs dans des conditions rigoureuses, puis mis en application sur le terrain. Les formateurs et les enseignants doivent donc conserver un contact étroit avec les innovations en soins de santé mentale primaires au sein de leur collectivité et au-delà de celle-ci. Les connaissances sont créées dans la pratique réelle, ce qui dynamise l'échange entre le monde réel et le milieu universitaire. Le fait de suivre cette évolution et de l'utiliser pour concevoir des projets solides d'éducation et de formation continuera d'être un défi jusqu'à ce que la recherche et l'évaluation produisent des résultats plus fiables et utilisables pour l'élaboration des meilleures pratiques de soins de santé mentale primaires intégrés.

### *Besoins en formation*

Une étude (Russell et Potter, 2002) sur les besoins en formation du personnel de soins primaires a permis de différencier ces besoins uniques de ceux du personnel de soins de santé mentale secondaires :

Pour assurer la collaboration future, il faut apprendre aux étudiants à travailler ensemble et donner une formation continue à ceux qui exercent déjà leur profession.

Le défi est d'intégrer les connaissances tirées des programmes réels aux programmes d'études.

Les besoins en formation varient selon le type de professionnels de la santé et le lieu de travail.

Les cliniciens de soins axés sur la collaboration doivent acquérir des compétences particulières dans ce domaine.

La pratique en collaboration devrait être liée à l'éducation et à la formation interdisciplinaires.

- Les prestataires de soins primaires ont besoin de connaissances et de compétences de base sur la santé et les maladies mentales pour pouvoir répondre à un large éventail de problèmes de santé mentale.
- Ils ont besoin de connaissances sur la manière de travailler avec les prestataires de soins de santé mentale secondaires et d'aiguiller les usagers vers ces professionnels, à l'aide de protocoles adaptés aux circonstances locales.
- L'information et la formation sont nécessaires pour changer la manière de travailler des professionnels de la santé et promouvoir les pratiques qui favorisent vraiment le bien-être psychologique.

Blount (1998c) demande que les cliniciens de soins axés sur la collaboration acquièrent les aptitudes suivantes :

- Parler à l'utilisateur de ses problèmes conjointement avec ses collègues.
- Travailler efficacement en équipe.
- Interviewer les membres de la famille de l'utilisateur.
- Savoir mener une entrevue axée sur la recherche de solutions.
- Utiliser de brèves interventions cognitives et comportementales.

### *Enseignement axé sur la pratique en collaboration*

Plusieurs auteurs s'entendent pour dire qu'il faut mettre en œuvre des programmes d'études interdisciplinaires afin que les soins axés sur la collaboration deviennent la norme.

L'American Association of Community Psychiatrists (2002) a énoncé certains principes de formation essentiels pour l'atteinte des objectifs des soins de santé primaires intégrés :

- Les psychiatres et les autres professionnels de la santé mentale qui travaillent en milieu communautaire doivent être au fait de la culture clinique des soins primaires et des types de troubles mentaux qu'on y rencontre.
- Les programmes de formation en santé comportementale doivent amener la plupart des prestataires de soins à comprendre comment collaborer et communiquer le plus efficacement possible avec leurs collègues des soins primaires, surtout lorsqu'il s'agit de soins donnés aux personnes atteintes d'une maladie mentale grave et persistante.
- Ces programmes devraient permettre de désigner et de former certains cliniciens qui sont plus à même de collaborer avec les prestataires de soins primaires et de les consulter, soit selon un modèle de consultation regroupée, soit au moyen d'un

programme d'intégration des soins en santé comportementale plus systématique.

Il faut également porter attention aux stratégies et aux outils pédagogiques utilisés pour l'enseignement aux futurs prestataires de soins axés sur la collaboration. Freeth et Reeves (2004) fournissent un modèle de facteurs liés aux expériences d'apprentissage qui améliorent la pratique en collaboration, selon le modèle présage-processus-produit :

- ∞ Facteurs relatifs au présage : Le contexte dans lequel se déroule l'expérience d'apprentissage influence sa planification, sa forme matérialisée et les résultats, avec trois catégories essentielles — le contexte d'apprentissage, les caractéristiques de l'enseignant et du responsable de formation, et les caractéristiques de l'apprenant :
  1. Les éléments du contexte d'apprentissage comprennent le climat politique, les structures de réglementation, le financement, les facteurs géographiques et démographiques, le nombre d'apprenants, les contraintes de temps et d'espace et les demandes concurrentielles des programmes d'études.
  2. Les caractéristiques de l'enseignant ou du responsable de formation comprennent les concepts d'apprentissage, d'enseignement et de collaboration ainsi que les perceptions de l'apprenant et l'enthousiasme.
  3. Les caractéristiques de l'apprenant comprennent l'apprentissage antérieur et les croyances, les méthodes d'apprentissage préférées, les concepts de collaboration, les besoins d'apprentissage concurrentiels, les attentes et la motivation.
- ∞ Facteurs relatifs au processus : la liste ci-dessous énumère les facteurs les plus importants de l'apprentissage associé à la pratique en collaboration :
  - les approches monoprofessionnelles, multiprofessionnelles et interprofessionnelles;
  - la sélection du stage approprié, avant ou après l'obtention du diplôme;
  - la durée de la formation;
  - l'apprentissage formel et informel;
  - les activités en classe ou de stage;
  - l'apprentissage au travail;
  - l'apprentissage en ligne;
  - l'expérience obligatoire ou facultative;
  - la théorie sous-jacente;

- l'évaluation;
- le style d'animation;
- le coenseignement.
- ∞ Facteurs relatifs au produit : les résultats de l'apprentissage sont à la fois des produits prévus et imprévus, aussi appelés compétences :
  - attitude : meilleure attitude à l'égard des professionnels de la santé des autres disciplines et acceptation de la collaboration;
  - perception : meilleure compréhension des professionnels de la santé des autres disciplines;
  - connaissances : résolution des conflits entre les membres de l'équipe;
  - compétences;
  - comportement;
  - pratique.

Une caractéristique de l'enseignement axé sur la pratique en collaboration est de donner la possibilité de faire un stage dans le contexte des soins axés sur la collaboration dans le cadre du programme d'études global. Patterson et ses collaborateurs (1998) décrivent un programme d'enseignement conjoint destiné aux étudiants en médecine et en sciences du comportement, tandis que Dobscha et Ganzini (2001) soulignent l'importance du contexte des soins axés sur la collaboration dans la formation des résidents en psychiatrie.

Tarren-Sweeney et Carr (2004) examinent les méthodes utilisées pour l'enseignement des soins axés sur la collaboration et énumèrent les principes sur lesquels se fonde l'élaboration des modules d'apprentissage multidisciplinaires en soins de santé mentale destinés aux programmes de premier cycle, d'études supérieures et d'éducation permanente. Les modules doivent :

- ∞ s'appliquer à diverses disciplines;
- ∞ s'adapter à de multiples champs d'enseignement;
- ∞ être accessibles aux praticiens en milieu rural ou en région éloignée;
- ∞ comporter des solutions structurées combinées et des leçons ciblées (apprentissage dirigé) avec éléments d'apprentissage axés sur les problèmes;
- ∞ décrire des manifestations normales, anormales et transculturelles des problèmes existants.

*Approches interprofessionnelles*Apprendre ensemble  
est un atout.

On définit l'enseignement interprofessionnel comme toute activité d'apprentissage où des étudiants de différentes disciplines apprennent en interaction les uns avec les autres pour mieux assimiler la pratique en collaboration (Horder, 2004). Par contre, l'enseignement multiprofessionnel permet à des étudiants de différentes disciplines d'apprendre côte à côte, mais sans entrer en interaction (Horder, 2004). La documentation traite abondamment des approches interprofessionnelles.

Les approches interprofessionnelles peuvent être utilisées pour les programmes de formation contingentés et d'études supérieures. L'hypothèse de base est que l'enseignement interprofessionnel prépare les étudiants aux exigences et aux attentes de la pratique en collaboration.

La documentation traite des particularités de l'enseignement interprofessionnel, principalement en Angleterre, où ce mode d'enseignement est en vigueur depuis plus de 25 ans. Il y a deux croyances sur ce mode d'enseignement : d'abord, que l'amélioration des communications et du travail en équipe entre les professions et les organismes profite aux usagers qui ont des problèmes de santé mentale, à leurs aidants naturels et aux prestataires de soins; ensuite, que l'enseignement interprofessionnel des soins axés sur la collaboration peut contribuer à la mise en œuvre d'une pratique en collaboration sur le terrain afin de combattre l'ignorance, les préjugés et le tribalisme, et d'augmenter de ce fait la compréhension, le respect et le soutien mutuel (Lester et coll., 2004; Horder, 2004).

On a également examiné de manière approfondie comment donner l'enseignement interprofessionnel afin de favoriser l'acquisition des compétences et des pratiques axées sur la collaboration, notamment en abordant des questions comme les méthodes d'enseignement appropriées (p. ex., l'apprentissage dirigé, axé sur les problèmes ou par l'action) (Horder, 2004; Albrecht et coll., 2004; Lester et coll., 2004) et les obstacles particuliers à contourner dans le milieu universitaire pour mettre en œuvre l'enseignement interprofessionnel (Horder, 2004; Albrecht et coll., 2004; Barrett et coll., 2003).

Barnes et son équipe (2000) présentent les résultats de l'enseignement interprofessionnel du point de vue des usagers des services. On s'attend à ce que les étudiants des programmes d'enseignement interprofessionnel acquièrent des aptitudes comme la capacité d'être compatissant et apprennent comment se plaindre et faire participer les aidants naturels à l'évaluation de leurs propres besoins et de ceux de l'utilisateur, plutôt que de suivre les règles à la lettre.

Les programmes d'enseignement de disciplines particulières et de projets conjoints sont décrits dans la documentation. Par exemple, les programmes de formation des médecins sont décrits dans plusieurs articles (Goldberg, 1998; Alkin et coll., 1996; Hahn, 1997; Blashki et coll., 2003; Dobscha et Ganzini, 2001; Richards et coll., 2004; van Os et coll., 1999). Quelques articles (McBride et coll., 2000; Twilling et coll., 2000; Daw, 2001; Anderson et Lovejoy, 2000) mettent l'accent sur les programmes conjoints auxquels participent des médecins et des conseillers ou des psychologues. Les infirmières reçoivent également une formation (Secker et coll., 1999; Secker et coll., 2000; Stark et coll., 2000; Soroohan et coll., 2002). Des exemples de la formation des psychologues sont fournis par Spruill et son équipe (1998), et Dobmeyer et ses collaborateurs (2003). Cook et son équipe (2001) traitent de la formation conjointe des travailleurs sociaux et des travailleurs de soins de santé. Bien que leur contenu soit unique, ces programmes ont un but en commun : améliorer la capacité de travailler en équipe, sensibiliser les étudiants aux autres disciplines qui participent à la prestation des soins et présenter en détail les possibilités de stages dans le contexte des soins axés sur la collaboration.

### *Formation*

En ce qui concerne les professionnels de la santé en exercice, l'éventail des méthodes de formation présenté dans la documentation est large et reflète à la fois l'innovation et l'absence de données probantes sur le type de formation efficace pour des disciplines données. Voici une liste de ces approches :

- Kerwick et Tylee (1998) traitent de la formation médicale en soins psychiatriques primaires au Royaume-Uni et observent que la plupart des omnipraticiens sont prêts à assumer le rôle qu'on attend d'eux relativement à la prestation de soins de santé mentale.
- Wilson et Howell (2004) plaident en faveur du soutien apporté par des petits groupes constitués de pairs aux omnipraticiens qui traitent des problèmes de santé mentale. Ils affirment que ce soutien permet d'améliorer le traitement des usagers atteints d'une maladie mentale dans les contextes de soins primaires.
- Scott et son équipe (1999) recommandent que les omnipraticiens utilisent des techniques d'entrevue centrées sur les problèmes pour améliorer la prestation des soins de santé mentale primaires.
- Chur-Hansen et ses collaborateurs (2004) proposent la formation conjointe des médecins et des infirmières qui exercent en milieu rural pour perfectionner les compétences psychiatriques utiles dans le contexte des soins primaires.

Les occasions d'apprendre ensemble sur le terrain nécessitent de l'innovation et des ressources.



- ∞ Qureshi et son équipe (2001) décrivent l'utilisation de cours de psychiatrie intensifs à l'intention des omnipraticiens et du personnel paramédical dans le cadre d'un programme conçu pour intégrer les soins de santé mentale aux soins primaires en Arabie saoudite.
- ∞ On a utilisé des approches interdisciplinaires dans d'autres contextes, par exemple, un programme de mentorat pour les prestataires de soins primaires et le personnel administratif (Bellman, 2003); l'utilisation de cadres d'élaboration de pratiques pour influencer le travail en équipe, la culture de l'équipe et la philosophie de la pratique (Eve, 2004); un programme intensif de formation de deux ans à l'intention des professionnels de la santé qui travaillent auprès des familles dans le contexte des soins primaires (santé et services sociaux) (Larivaara et Taanila, 2004); une formation interdisciplinaire centrée sur l'amélioration de la détection et du traitement de la dépression chez les personnes âgées (Mayall et coll., 2004), sur l'association des soins gériatriques et du travail en équipe (Lichtenberg et MacNeill, 2003) et sur la prise en charge de la dépression dans le contexte des soins primaires (Stevens et coll., 1997); ainsi que des programmes de formation pour le traitement des enfants et des adolescents qui présentent des problèmes de santé mentale (Thompson et coll., 2000; Papa et coll., 1998).

## Résumé du chapitre

### *En conclusion*

- ✎ La richesse de la collaboration dans le contexte des soins de santé mentale primaires est déterminée par les diverses disciplines qui forment le partenariat, l'efficacité du travail en équipe et l'échange des connaissances entre les collaborateurs.
- ✎ La documentation contribue grandement à définir les caractéristiques essentielles des personnes et des équipes pour assurer la prestation efficace de soins de santé mentale axés sur la collaboration.
- ✎ Divers groupes de professionnels de la santé participent à la prestation des soins de santé mentale primaires; chacun offre une perspective unique et contribue à l'amélioration de l'état de santé des usagers.
- ✎ Certains pays ont créé de nouveaux postes au sein des équipes de soins de santé mentale axés sur la collaboration (p. ex., le travailleur de liaison). Des professionnels de différentes disciplines peuvent combler ces postes (p. ex., les infirmières et les travailleurs sociaux).
- ✎ L'échange de connaissances entre les partenaires est essentiel à l'efficacité de la prestation des soins de santé mentale axés sur la collaboration. Il est nécessaire de créer des contextes favorables à cet échange (p. ex., réunions en face à face, temps consacré à l'échange de connaissances). On doit prôner l'éducation et la formation conjointes.

# Chapitre 7 :

## STRUCTURES DE COLLABORATION

### MESSAGES CLÉS

- *Les soins axés sur la collaboration nécessitent un soutien organisationnel au niveau de la pratique et du système.*
- *Les cheminements et les processus cliniques doivent être bien définis dans le contexte des soins primaires et à la jonction des soins primaires et des services de santé mentale spécialisés afin que le traitement soit efficace et efficient.*
- *Les rôles et les fonctions des équipes cliniques doivent être définis; le leadership ou la coordination doivent être clairement différenciés des responsabilités cliniques et professionnelles, et être appuyés par des protocoles appropriés et la description des fonctions et des équipes.*
- *Les outils utiles comprennent les dossiers de santé électroniques, les systèmes de registres ou de rappel des usagers, les tests de dépistage et les lignes directrices sur les traitements, les protocoles de service ou les ententes interorganismes, et les procédures administratives intégrées, incluant la réception, le traitement des rendez-vous et la consignation aux dossiers.*
- *En ce qui concerne les locaux, la section des services de soins primaires doit être suffisamment grande pour que des travailleurs de soins de santé mentale puissent y travailler, et la réception, les salles d'attente et la salle du personnel doivent être communes aux deux types de services.*

Les outils et les structures faisant partie intégrante des modèles de collaboration facilitent la prestation des soins. Les structures sont inhérentes aux organismes où l'on donne des soins axés sur la collaboration et peuvent être formelles ou informelles. Par exemple, les structures formelles peuvent inclure des ententes de service ou des centres de coordination. Les ententes verbales entre prestataires de soins peuvent constituer une structure informelle. Les outils qui facilitent la prestation de soins axés sur la collaboration comprennent les technologies de l'information, des protocoles sur les renvois et des outils ou des formulaires particuliers qui peuvent servir à l'évaluation du programme. Le présent chapitre traite des caractéristiques structurelles de la collaboration, de la mesure du degré de collaboration, d'intégration et de satisfaction, des dispositifs ou des pratiques qui facilitent la collaboration et des méthodes d'évaluation des programmes axés sur la collaboration.

De nombreux thèmes organisationnels ont été déterminés en ce qui concerne la pratique et le système.

## Caractéristiques structurelles

### *Structures de la pratique*

La documentation met en évidence les facteurs structurels aux niveaux de la pratique et du système qui contribuent à la prestation efficace des soins axés sur la collaboration. Au niveau de la pratique, on a cerné une série d'éléments :

- Les éléments de la pratique doivent être adaptés à ceux qui participent à la prestation des soins de santé mentale primaires (deGruy, 1999; Patterson et coll., 1998; Valianti, 2004).
- Les descriptions de poste doivent préciser clairement les attentes à l'égard des professionnels de la santé qui travaillent ensemble (Herrman et coll., 2002).
- Les compétences des membres de l'équipe doivent être utilisées de façon appropriée, surtout si des spécialistes font partie de l'équipe (Jenkins et Strathdee, 2000; deGruy, 1999).
- Des protocoles d'équipe doivent être élaborés et utilisés afin que les rôles et les fonctions soient définis, que les fonctions de leadership ou de coordination soient clairement différenciées des responsabilités cliniques et professionnelles, et que les objectifs des services soient clairs (Herrman et coll., 2002; Lipkin, 1999).
- Une infrastructure de soutien, comme un système d'information et de registres des usagers, un système de rappel et des processus administratifs communs, doit être mise en place (Jenkins et Strathdee, 2000; Mauer/National Council for Community Behavioral Healthcare [NCCBH], 2003; Valianti, 2004).
- Les processus et les cheminements cliniques doivent être bien conçus (Jenkins et Strathdee, 2000; Mauer/NCCBH, 2003; Lipkin, 1999) et mettre l'accent sur la détection précoce (Kates, 2002), le travail en collaboration (Patterson et coll., 1998) et des protocoles clairs sur les renvois (Lipkin, 1999; Kates, 2002). Les résultats doivent être axés sur les solutions plutôt que sur les processus (Mauer/NCCBH, 2003).
- Les lignes directrices sur les traitements et les tests de dépistage doivent être utilisées (Jenkins et Strathdee, 2000).
- Des processus de prise de décision conjointe doivent être établis (Lipkin, 1999; Davis et Blitz, 1998).
- Le style de travail doit adopter le principe de la porte ouverte : donner des consultations spontanément ou au besoin et tenir plus fréquemment des réunions formelles (Mauer/NCCBH, 2003).
- Il faut favoriser les rapports conviviaux entre les membres du personnel (Mauer/NCCBH, 2003; Patterson et coll., 1998).

- ∞ Les locaux doivent s'harmoniser avec ceux des services de soins primaires (Mauer/NCCBH, 2003) et permettre la proximité physique des praticiens (Patterson et coll., 1998).

### *Structures du système*

Au niveau du système, une série de facteurs structurels ont été déterminés à partir de la documentation :

- ∞ Les travailleurs de soins de santé mentale doivent être formés à éduquer et à soutenir les travailleurs de la santé non spécialisés qui travaillent dans les contextes de soins primaires (Jenkins et Strathdee, 2000).
- ∞ Les prestataires de soins axés sur la collaboration doivent recevoir une formation continue (Kates, 2002).
- ∞ Les futurs praticiens doivent recevoir une formation en soins de santé mentale axés sur la collaboration (Kates, 2002; Jenkins et Strathdee, 2000; Patterson et coll., 1998; Mauer/NCCBH, 2003; Spruill et coll., 1998).
- ∞ Il faut favoriser les relations de collaboration entre les facultés universitaires, notamment les facultés de médecine, de psychologie, de sciences infirmières et de travail social (Peek et Heinrich, 1998; Herrman et coll., 2002; Patterson et coll., 1998).
- ∞ On doit encourager les relations de collaboration entre les organisations professionnelles afin qu'elles entreprennent des projets conjoints sur la collaboration, formulent des déclarations conjointes sur les soins axés sur la collaboration fondés sur les meilleures pratiques et offrent des programmes conjoints de formation et de soutien par les pairs (Herrman et coll., 2002).
- ∞ L'appui de la direction à la collaboration au sein de l'organisation et du système de soins de santé est important (Badger et Nolan, 2002; Hart, 1999).
- ∞ Il faut s'engager à améliorer la qualité de façon constante (Jenkins et Strathdee, 2000; Patterson et coll., 1998) et à évaluer les programmes en continu (Jenkins et Strathdee, 2000; Badger et Nolan, 2002).
- ∞ La politique en vigueur doit appuyer la décentralisation des services de santé mentale, l'intégration des soins de santé mentale aux soins de santé généraux et la collaboration entre les prestataires de soins sans formation médicale (Jenkins et Strathdee, 2000).
- ∞ Il faut financer le recrutement, la formation et l'embauche du personnel, l'approvisionnement adéquat des médicaments et un réseau d'installations, incluant le transport, la collecte de données et la recherche (Jenkins et Strathdee, 2000).

- Les pays ou les régions devraient établir un ministère ou un service de la santé mentale (Jenkins et Strathdee, 2000).
- Les pays doivent élaborer des politiques nationales sur la santé mentale et fixer des objectifs et des mécanismes d'intégration des soins de santé primaires aux soins de santé mentale secondaires (Jenkins et Strathdee, 2000).
- Une planification stratégique systématique doit être effectuée pour aligner les soins de santé primaires avec les soins de santé mentale (Jenkins et Strathdee, 2000; Kates, 2002).
- Dans les pays en voie de développement, les médicaments essentiels pour le traitement des maladies mentales doivent être fournis dans les contextes de soins primaires (Jenkins et Strathdee, 2000).

### Conceptualisation de la collaboration

Il est indispensable de comprendre quelles stratégies de collaboration sont associées à des résultats favorables pour démontrer la validité des services axés sur la collaboration dans le contexte des soins primaires et pour améliorer ces services. La collaboration est un processus complexe à cause du nombre d'intervenants : les interactions se produisent dans le temps et l'espace, non seulement entre les collaborateurs et l'utilisateur, mais aussi entre les membres de l'équipe de soins. Il est difficile mais nécessaire de comprendre cette complexité pour déterminer les relations de causalité entre les variables de la collaboration.

Avant de mesurer la collaboration, on doit clairement conceptualiser le programme de collaboration sur le plan pratique ou théorique, ou sur les deux plans. Par exemple, Millward et Jeffries (2001) ont créé un outil de mesure du travail en équipe pour le perfectionnement des équipes de soins de santé. Ils ont présenté un modèle cognitif-motivationnel de l'efficacité de l'équipe qui incorpore l'idée d'un modèle de soins de santé mentale partagés et les aspects métacognitifs et motivationnels du fonctionnement en équipe. Selon ce modèle, une équipe doit acquérir une solide connaissance d'elle-même — de ses rôles, de ses objectifs, de ses forces et de ses faiblesses — de façon à acquérir une capacité d'autorégulation. L'autorégulation est un processus de réflexion et d'examen portant sur les pratiques et visant à les corriger, à les améliorer et à les développer. Deux aspects de la motivation de l'équipe, qui est inhérente à ce processus, sont clairement définis : l'identité et la puissance. L'identité est liée à la fierté d'être membre de l'équipe ainsi qu'à l'image et à l'estime de soi qu'engendre le succès obtenu par l'équipe. La puissance est définie comme la foi qu'éprouve l'équipe envers sa capacité de réussite et son efficacité globale.

Étant donné que la collaboration est complexe et dynamique, on doit l'étudier de manière approfondie.

Il faut conceptualiser la théorie de la collaboration avant de procéder à des mesures.

Cette approche cognitive de la compréhension du travail en équipe est préférable aux modèles antérieurs centrés sur la détermination et la modification des comportements, méthode dont l'effet est limité (Millward et Jeffries, 2001). Les modèles comportementaux sont d'usage limité parce que le comportement est particulier à une tâche, à une situation, à une équipe et à chacun des membres de l'équipe. L'examen des éléments cognitifs permet de déterminer les variables de la collaboration qui restent constantes dans diverses situations et les variables sur lesquelles peuvent être fondées les interventions de longue durée (Millward et Jeffries, 2001).

Akhavain et son équipe (1999) présentent aussi un cadre de travail théorique, issu de la théorie des systèmes, pour le fonctionnement des équipes de soins psychiatriques interdisciplinaires. Le travail en équipe exige la capacité de faire preuve à la fois d'affirmation et de dévouement, d'être fidèle à ses principes tout en travaillant à l'atteinte d'un but commun et d'établir un équilibre entre autonomie et solidarité. La différenciation est la capacité de s'exprimer et de maintenir ses particularités propres lorsqu'on collabore avec d'autres dans un système de soins. Une anxiété chronique ou au sein du système se manifeste lorsque l'incertitude affecte les individus et le système — plus la confiance dans le fait d'être respecté, accepté et estimé par les autres membres de l'équipe est grande, plus l'anxiété chronique est faible au sein du système. Un faible degré d'anxiété, une plus forte différenciation et une plus grande maturité affective chez les membres de l'équipe accentuent la collaboration et la productivité. L'obtention d'excellents résultats concernant l'état de santé des usagers devient l'objectif commun des membres de l'équipe. La collaboration de chacun dépend de sa contribution unique à l'atteinte de l'objectif. Le fait d'accorder une importance égale à la contribution de chacun signifie que la valeur qu'on y attribue est la même pour tous, ce qui favorise le soutien de chaque membre de l'équipe et du travail de l'ensemble des membres. Les membres partagent la responsabilité des soins par l'entremise de la collaboration. Une collaboration de meilleure qualité améliore la qualité des soins et des résultats atteints.

Sicotte et ses collaborateurs (2002) ont utilisé un modèle entrées-traitement-sorties pour élaborer un cadre analytique de la collaboration interdisciplinaire dans le cadre de leur étude sur les centres locaux de services communautaires (CLSC) au Québec. Leur modèle est issu des études en théorie organisationnelle sur les groupes de travail et les équipes autogérées. Trois types de facteurs peuvent expliquer l'effet produit sur les groupes de travail par les comportements axés sur la collaboration. Deux variables liées au milieu de travail des groupes constituent les « entrées » du modèle : les caractéristiques des gestionnaires de programme des CLSC (discipline, niveau de scolarité et nombre

d'années d'expérience en gestion) et la structure du programme (mesures entreprises pour officialiser les procédures de soins et l'évaluation de la qualité des soins, taille de l'effectif professionnel et budget). Les processus intragroupes constituent le volet « traitement » du modèle et sont influencés par six facteurs :

1. la foi dans les avantages d'une collaboration interdisciplinaire;
2. l'intégration sociale au sein du groupe;
3. l'importance des conflits liés à la collaboration interdisciplinaire;
4. l'adhésion à la logique disciplinaire;
5. l'adhésion à la logique interdisciplinaire;
6. les caractéristiques de conception des groupes de travail.

Le volet « sorties » du modèle, représentant l'intensité de la collaboration interdisciplinaire, est constitué de deux éléments : la coordination interdisciplinaire et le partage des soins. Ce modèle comporte aussi une variable médiatrice, soit la nature de la tâche qui tempère l'effet des facteurs de traitement sur le rendement du groupe.

Pirkis et son équipe (2001) comparent le modèle conceptuel du *Public and Private Partnerships in Mental Health Project* (projet des partenariats entre les secteurs public et privé en matière de santé mentale), ou *Partnership Project* (projet de partenariat), mis en vigueur en Australie, à un cadre de travail fondé sur le modèle entrées-traitement-sorties. Ce cadre de travail est un modèle d'évaluation simple selon lequel le volet « entrées » est l'utilisateur qui a besoin de soins, le volet « traitement » est le programme de soins axés sur la collaboration, et le volet « sorties » comprend les avantages pour l'utilisateur et l'évolution de son état de santé. Les chercheurs ont élaboré un modèle logique pour saisir l'interaction entre les psychiatres d'exercice privé et les services publics de santé mentale qui participent au projet; ce modèle soutenait l'élaboration d'objectifs particuliers du programme et de critères pour l'atteinte de ces objectifs. Le travail accompli en collaboration comportait un « ensemble sophistiqué de raffinements apportés à un système déjà complexe [...] [et doit] être considéré comme un processus de réforme structurale qui exercera une influence sur les prestataires de soins et profitera en fin de compte aux usagers et aux aidants naturels » (p. 641). En ce qui concerne le modèle conceptuel plus élaboré du *Partnership Project*, les auteurs ont souligné cinq effets de la collaboration :

1. les changements structuraux;
2. l'activation des mécanismes causaux possibles;
3. la coordination des soins, l'accès aux soins, la qualité des soins, etc.;
4. les changements liés à la réforme du système en entier;
5. la satisfaction des usagers et des aidants naturels et les résultats cliniques.



Ces tentatives de conceptualisation des soins axés sur la collaboration selon un angle théorique sont importantes parce qu'elles essaient de saisir la nature de la collaboration. Bien qu'il n'y ait pas de consensus sur un modèle théorique favori, les chercheurs qui considèrent la collaboration en fonction de son contenu et des liens entre les comportements ont commencé à déterminer quels sont les éléments de la collaboration à mesurer ainsi que la manière de concevoir des mesures valides et fiables et d'interpréter les résultats.

### Mesure de la collaboration

Des exemples de la manière de mesurer la collaboration dans le contexte des soins primaires font leur apparition, certains portant précisément sur les soins de santé mentale primaires. Le point commun des études dans ce domaine est de reconnaître la nature multidimensionnelle de la collaboration. Étant donné que ce domaine de recherche est à l'état embryonnaire, les études utilisent des outils ou des méthodes uniques de mesure et ont un point de vue unique sur les aspects de la collaboration qui valent la peine d'être mesurés. Les aspects suivants de la collaboration ont été mesurés :

- ∞ La fréquence de la collaboration : la collaboration mesurée au moyen d'une liste de contrôle des activités menées en collaboration et d'un inventaire d'auto-évaluation rempli par les thérapeutes après la troisième séance de thérapie de chaque usager (Brucker et Shields, 2003).
- ∞ La collaboration interdisciplinaire : la collaboration issue initialement d'un cadre de travail conceptuel qui décrit les soins interdisciplinaires et d'échelles existantes qui mesurent la coordination du groupe de travail interdisciplinaire dans les contextes hospitaliers. Les analyses ont permis de dégager les deux facteurs suivants (Sicotte et coll., 2002) :
  - Les activités en partage des soins : une échelle à 11 points sur les activités de soins partagées entre les divers groupes de professionnels.
  - La coordination interdisciplinaire : une échelle à 7 points portant sur les tâches courantes qui facilitent la coordination entre les divers groupes de professionnels.
- ∞ La force de la collaboration : la mesure des modèles de soins et de la texture des relations interpersonnelles dans le cadre de la collaboration (Gerdes et coll., 2001). Les analyses ont permis de dégager trois facteurs :

Diverses façons de mesurer la collaboration font leur apparition.

- La qualité de la relation : la satisfaction du prestataire de soins primaires envers le prestataire de soins de santé mentale, la perception à l'égard de l'accès aux services, l'utilisation de différents modes de consultation, la description de la communication avec le prestataire de soins de santé mentale, les types de communication pendant la prestation de différents modes de soins et l'opportunité de la consultation en santé mentale.
  - Les attributs et l'attitude du prestataire de soins primaires relativement au traitement des maladies mentales : la préférence personnelle du prestataire de soins primaires de traiter des troubles mentaux, la formation en diagnostic et en traitement des maladies mentales, l'auto-évaluation de sa capacité à traiter les maladies mentales et la fréquence à laquelle le prestataire de soins primaires suit une formation médicale continue sur la santé et les maladies mentales.
  - La fréquence de la collaboration entre les services de soins primaires et de santé mentale : la fréquence rapportée des renvois vers les services de santé mentale et la consultation par les prestataires de soins primaires.
- ∞ L'intégration opérationnelle : l'utilisation d'indicateurs clés de l'intégration opérationnelle de la psychiatrie gériatrique et d'autres disciplines, et des services sociaux centrés sur les activités de soins avec les usagers (Reilly et coll., 2003). Plusieurs facteurs ont été associés à l'intégration dans la pratique :
- La présence d'un service spécialisé.
  - Plusieurs activités de prise de contact, y compris la formation et la prestation de conseils sur la détection précoce et le traitement des troubles mentaux aux prestataires de soins à domicile et de soins primaires, et la participation des consultants aux réunions cliniques périodiques des omnipraticiens.
  - Des politiques et des procédures écrites communes.
- ∞ La motivation de l'équipe : la motivation commune des membres de l'équipe mesurée par l'outil *Team Survey* comportant deux aspects importants (Millward et Jeffries, 2001) :
- L'identité : le sentiment lié à la fierté d'être membre de l'équipe ainsi qu'à l'image et à l'estime de soi engendrées par le succès obtenu par l'équipe.
  - Puissance : la foi qu'éprouve l'équipe envers sa capacité de réussite et son efficacité globale.

- ∞ Les valeurs rattachées à la collaboration : l'évaluation par les membres de l'équipe des progrès réalisés vers l'adoption de valeurs compatibles avec un travail en équipe efficace au fil du temps (Cashman et coll., 2004).
- ∞ La prise de décision au sein de l'équipe de soins : la prise de décision est influencée par deux types de processus de travail en équipe (Cook et coll., 2001) :
  - L'expansion de l'information essentielle à la prise de décision efficace concernant l'usager.
  - Un soutien accru à la prise de décision, surtout pour la résolution de problèmes.
- ∞ La satisfaction : la mesure du degré de satisfaction des médecins de famille, des membres de l'équipe de soins de santé mentale et des psychiatres envers divers aspects d'un programme de soins de santé mentale axés sur la collaboration, notamment les modifications effectuées par les médecins pour faciliter la tâche des équipes de soins de santé mentale, les services fournis, la communication avec les prestataires de soins et le soutien qui leur est fourni (Farrar et coll., 2001).

### Évaluation et surveillance des soins axés sur la collaboration

Evans et Lloyd (1998) font un rapport bref, mais utile sur la différence entre la recherche sur les soins de santé mentale primaires et le contrôle de ces soins. D'une part, la recherche permet de déterminer la meilleure pratique. Ce processus complexe, long et coûteux produit des résultats souvent difficiles à mettre en application dans la pratique. D'autre part, un contrôle évalue à quel point une pratique se rapproche de la meilleure pratique et offre un moyen d'explorer les soins donnés à un groupe d'utilisateurs d'une pratique, plutôt que de se fier simplement à des résultats d'études menées auprès d'autres populations ou dans des contextes différents. Les auteurs remarquent l'existence de plusieurs outils de contrôle au moment où ils rédigent leur article et encouragent l'appropriation locale du processus de contrôle pour assurer la mise en application des résultats obtenus aux modifications futures de la pratique.

Pirkis et son équipe (2001) présentent une critique informative du travail de Knapp (1995) dans leur article sur l'évaluation du *Partnership Project* (projet de partenariat) mis en vigueur en Australie. Knapp a déterminé trois aspects essentiels de l'évaluation des projets de collaboration :

- ∞ L'évaluation doit tenir compte de l'optique de tous les acteurs de la collaboration.
- ∞ Elle doit mesurer des éléments précis, y compris les processus, les effets et les résultats.

L'évaluation des programmes de soins axés sur la collaboration permet de constituer une base de données probantes.

- ∞ Elle doit permettre d'établir les rapports de causalité, ce qui est souvent ardu étant donné que les programmes comportent des volets multiples et fonctionnent au sein de systèmes complexes.

Pirkis et son équipe (2001) donnent aussi des conseils sur la façon de traiter ces aspects de l'évaluation :

- ∞ L'évaluation doit être fortement conceptualisée. Tous les efforts doivent être déployés pour saisir la complexité du programme de soins axés sur la collaboration et les liens qui peuvent contribuer à établir les rapports de causalité. Les auteurs recommandent l'utilisation de modèles logiques.
- ∞ L'évaluation doit comprendre une description détaillée des éléments du programme (caractéristiques structurales, mécanismes de collaboration formels et informels, accessibilité aux soins, expérience des usagers, des aidants naturels et des prestataires de soins) parce que divers acteurs voient l'interaction différemment.
- ∞ L'évaluation doit comporter des analyses comparatives qui permettent d'évaluer dans quelle mesure les accords de collaboration ont amélioré l'expérience des usagers, des familles et des prestataires de soins. En outre, elle doit donner une explication des facteurs de soutien et des obstacles en la matière.
- ∞ On doit mener l'évaluation en faisant preuve de scepticisme constructif, se méfier du battage fait autour de la collaboration et être ouvert aux effets positifs et négatifs à de multiples niveaux.
- ∞ Il faut ancrer l'évaluation au niveau des usagers et des familles afin d'adopter une approche équilibrée qui examine les avantages des services et du système au premier niveau.
- ∞ L'évaluation doit être faite en collaboration. Tous les acteurs doivent y participer afin que le processus intègre le plus large éventail de points de vue. Cette façon de procéder exige qu'on prenne le temps requis pour mener à bien l'évaluation et qu'on partage le contrôle.

### **Technologies de l'information et autres solutions pour faciliter la collaboration**

Divers appareils et diverses techniques soutiennent la collaboration. Les systèmes de documentation et d'information, les ordinateurs de poche permettant de maîtriser l'information et d'utiliser les lignes directrices sur les pratiques, les systèmes de rappel pour la gestion des soins, les facteurs liés au milieu de travail et l'élaboration ou l'utilisation des protocoles de services sont certaines des questions soulevées dans la documentation.

#### *Méthodes de documentation*

Mauer et le NCCBH (2003) expliquent comment les méthodes de documentation utilisées pour les soins de santé comportementale dans les contextes de soins primaires peuvent varier selon le modèle

Les technologies de l'information peuvent faciliter la collaboration.

de fonctionnement utilisé pour intégrer le personnel de soins de santé mentale à une pratique de soins primaires. Si le clinicien fait partie du personnel de la pratique de soins primaires, la documentation sur les soins de santé mentale fait partie du dossier médical. Mauer et le NCCBH recommandent de mettre cette documentation dans une section à part du dossier médical pour faciliter l'accès rapide à ces notes et pour prévenir la divulgation involontaire de ces renseignements de nature délicate. D'autres modèles d'embauche ont des répercussions sur la question de la documentation : lorsque le clinicien de soins de santé mentale travaille sous la direction d'un médecin (le modèle de location de personnel), la documentation fait partie du dossier médical. Par contre, lorsque les membres du personnel de la santé mentale sont embauchés par l'organisme de santé mentale qui travaille dans le contexte des soins primaires, la documentation reste dans le système des services de santé mentale (ce qui peut constituer un obstacle important à l'intégration des soins de santé mentale dans le contexte des soins primaires).

Mauer et le NCCBH (2003) ajoutent que les intervenants s'entendent sur le fait que la documentation doit être courte et immédiate. Il est probable que les prestataires de soins de santé mentale aient du mal à se plier à cette exigence étant donné qu'ils conservent toujours de longues notes dans leur documentation. Les prestataires de soins primaires ont besoin de notes courtes et faciles d'accès étant donné qu'ils travaillent dans un milieu où les activités se déroulent à un rythme rapide.

#### *Systèmes électroniques de dossiers médicaux*

Deux études mentionnent l'utilisation de systèmes électroniques de dossiers médicaux dans le cadre de programmes de soins axés sur la collaboration. Rollman et ses collaborateurs (2003) ont constaté que l'utilisation du dossier médical électronique facilitait beaucoup l'interaction des membres de l'équipe qui géraient les soins dans le cadre d'une étude sur le traitement en collaboration des troubles paniques et des troubles paniques généralisés. La Veteran's Administration aux États-Unis a beaucoup investi dans les technologies de l'information et utilise le dossier médical électronique dans le cadre de ses programmes novateurs de soins de la dépression (Hedrick et coll., 2003). Au Canada, un projet national en cours, conçu pour la mise au point de dossiers électroniques, inclut un dossier intégré qui saisisait tous les types d'information sur les soins de santé, y compris les soins de santé mentale (Inforoute Santé du Canada, 2004). Ceci serait extrêmement utile à tous les prestataires de soins de santé et améliorerait les résultats de tous les soins donnés aux usagers, y compris les résultats des soins de santé mentale axés sur la collaboration.

### *Dossier de santé tenu par l'utilisateur*

La tenue d'un dossier de santé mentale par des usagers schizophrènes, solution de rechange à la documentation, a été mise à l'essai dans le cadre d'un essai comparatif réalisé avec répartition aléatoire des sujets par grappes (Lester et coll., 2003). Les chercheurs ont mené cet essai afin de déterminer si la tenue d'un dossier par les usagers devrait devenir pratique courante dans le contexte des soins partagés pour tous les usagers atteints de schizophrénie à Birmingham, comme c'est le cas pour le traitement d'autres maladies chroniques comme le diabète. Dans ce dossier, les usagers consignaient, en totalité ou en partie, l'information sur l'évolution et le traitement de leur maladie. Les résultats de l'essai ont montré que, bien que les usagers aient été capables de tenir leur dossier, lequel a été utilisé régulièrement par les travailleurs clés, cette pratique n'a eu aucun effet démontrable sur les principaux critères d'évaluation. Cependant, les usagers ont apprécié leur dossier comme outil de communication, surtout avec le travailleur clé, parce qu'il leur servait d'aide-mémoire et de moyen de consigner leurs pensées avant la consultation.

### *Utilisation des ordinateurs pour la maîtrise de l'information*

La technologie permet aux médecins de famille qui donnent des soins de santé mentale de maîtriser toute l'information dont ils ont besoin. En répondant aux demandes de services de santé mentale dans le contexte des soins primaires, les prestataires de soins primaires doivent faire face au rythme rapide de la prestation des services dans ce contexte et au degré de connaissances requises pour traiter un large éventail de maladies mentales. Waters (2003), dans un article intitulé fort à propos *No one can do it alone anymore: information mastery, collaborative care and the future of family medicine* (il n'est plus possible de tout faire tout seul : maîtrise de l'information, soins axés sur la collaboration et avenir de la médecine familiale), compare les outils de maîtrise de l'information utilisés en médecine familiale avec ceux utilisés pour la prestation de soins axés sur la collaboration. En fait, la maîtrise de l'information constitue de la médecine fondée sur des données probantes à laquelle les médecins ont accès au moyen d'ordinateurs de poche afin d'obtenir les meilleures données scientifiques pour traiter n'importe quel problème (Waters, 2003). Cet accès à un large éventail de l'information la plus récente enrichit la rencontre médecin-usager sur le plan clinique et donne au médecin un sentiment de maîtrise et d'efficacité. Dans la même veine, Waters maintient que les soins axés sur la collaboration sont l'équivalent de la maîtrise de l'information, car ils permettent d'ajouter de nouveaux renseignements et de nouvelles perspectives à la rencontre, d'intégrer de multiples ressources pour la prestation des soins et d'aider l'utilisateur à se servir de ces ressources

pour optimiser son état de santé : « Les soins axés sur la collaboration, dans le domaine des sciences du comportement, sont l'équivalent de la maîtrise de l'information; ils représentent pour le médecin qui évolue dans la sphère psychosociale ce que la maîtrise de l'information représente pour le médecin qui évolue dans la sphère médicale. Les soins axés sur la collaboration accroissent le degré de connaissances du médecin alors que la maîtrise de l'information en augmente l'ampleur. Il est essentiel qu'ils fassent tous deux partie de l'arsenal du médecin de famille si l'on veut que la pratique demeure optimale, viable et intéressante. Il n'est plus possible de tout faire tout seul — et cela devrait être considéré comme une invitation à élargir nos horizons, plutôt que comme le constat d'un échec » (p. 341).

### *Registres des cas*

Des chercheurs ont soulevé la question de l'utilisation des registres de cas comme outil de surveillance des soins dans le contexte des soins axés sur la collaboration. En Grande-Bretagne et en Europe, où les registres de cas psychiatriques existent depuis de nombreuses années, des auteurs comme Jenkins et Strathdee (2000) et Mauer et le NCCBH (2003) affirment que des registres de cas communs pour les programmes de santé mentale et de soins primaires, associés à un examen conjoint périodique des plans de gestion des cas, peuvent constituer un moyen efficace d'intégrer les soins primaires aux soins secondaires. Ces registres fournissent des rappels qui avisent de rappeler l'utilisateur ou de communiquer avec lui à propos de ses soins. Certains essais cliniques sur la dépression étudiant cet élément des soins axés sur la collaboration laissent entendre que cet outil devrait être inclus dans un modèle de soins de la dépression (Craske et coll., 2002; Feinman et coll., 2000; Oxman et coll., 2002).

### *Milieu de travail*

Le milieu de travail est une question importante pour les travailleurs de soins de santé mentale dans les contextes de soins primaires. Comme l'ont constaté Farrar et son équipe (2001) dans le cadre de leur étude sur un programme de soins de santé mentale partagés et intégrés, un espace de travail inadéquat a causé de l'insatisfaction à l'égard du programme chez des conseillers en santé mentale et des psychiatres. Cette étude n'a toutefois pas révélé quel élément du milieu de travail était inadéquat. Mauer et le NCCBH (2003) ont également observé que les organismes qui intègrent des services de santé mentale dans les contextes de soins primaires doivent être au courant de l'attribution des locaux et des ressources de soutien parce que celle-ci peut être un obstacle ou un incitatif à la mise en œuvre de l'intégration. La solution idéale consiste à installer les locaux du personnel des services de santé mentale dans la section des services

de soins primaires où travaillent les médecins pour favoriser le libre accès entre ces deux groupes. Les salles d'examen médical sont utilisées pour donner des consultations en santé comportementale. Tous les professionnels de la santé bénéficient du même type de services offert par le personnel de bureau et ont accès à toutes les installations. Il y a une réception et une salle d'attente pour tous les usagers.

### *Protocoles de services*

Ricketts et ses collaborateurs (2003) ont examiné l'utilisation de protocoles de services pour soutenir la collaboration entre les soins primaires et de santé mentale secondaires en Angleterre. Ils ont constaté que l'élaboration efficace de protocoles de services est associée à un degré élevé de soutien de la part de la direction, à un chef de projet unique et à l'examen des avant-projets par de nombreux intervenants. La diffusion efficace des protocoles dépendait des rencontres directes avec les cliniciens, de la formation et des interventions de la direction. Un obstacle important à la mise en œuvre dans le système de santé à l'étude était l'intention globale, constante et ambitieuse de mettre en œuvre des changements au sein des services de soins primaires et de santé mentale. Parmi les types de protocoles présentés dans le cadre de cette étude, le protocole pour la dépression était le plus apprécié, mais les auteurs ont rapporté que l'effet produit par les protocoles sur la pratique clinique était peu important.

### **Résumé du chapitre**

Plusieurs structures de collaboration au niveau de la pratique et du système appuient la prestation de soins de santé mentale axés sur la collaboration — de la définition claire des rôles et des fonctions des membres de l'équipe de soins jusqu'à l'élaboration d'une politique nationale sur la santé mentale qui établit un mécanisme d'intégration des soins de santé mentale aux soins de santé primaires.

On doit mesurer et évaluer les soins de santé mentale axés sur la collaboration pour définir les meilleures pratiques et adapter les processus de manière à améliorer les services. La relative nouveauté et la complexité de ce domaine rendent la recherche et l'évaluation ardues. Tout d'abord, il faut conceptualiser clairement un modèle théorique — un modèle qui mènera à l'élaboration et à la mise en application de mesures fiables pour la surveillance et l'évaluation efficace des programmes.

Les technologies de l'information peuvent grandement faciliter le processus de collaboration, du partage instantané des dossiers électroniques aux dossiers de santé en ligne, en passant par les registres de cas qui fournissent des rappels afin qu'on rappelle l'utilisateur ou communique avec lui à propos de ses soins.



# CONCLUSION

La promesse des soins de santé mentale axés sur la collaboration est l'amélioration du traitement et de ses résultats pour toute personne aux prises avec une maladie mentale. L'intérêt soutenu des chercheurs et des praticiens génère de nouvelles idées sur les types d'approches pour la prestation de soins de santé mentale axés sur la collaboration qui permettront d'innover.

Le Cadre de travail en soins de santé mentale axés sur la collaboration de l'ICCSM (Gagné, 2005) sert utilement de lentille pour examiner la documentation de plus en plus importante sur les soins de santé mentale axés sur la collaboration. Les plus de 300 documents publiés inclus dans cette revue de la documentation reflètent les nombreux éléments clés définis dans le Cadre de travail de l'ICCSM.

Voici une récapitulation de certains points saillants de cette bibliographie annotée qui sont pertinents pour chaque élément du Cadre de travail de l'ICCSM :

- ∞ Des politiques sont nécessaires pour que les systèmes de santé définissent et intègrent systématiquement des soins axés sur la collaboration.
- ∞ La documentation détermine de nombreux facteurs contextuels de l'élaboration d'une politique sur les soins de santé mentale primaires : prestation des services, structures, accessibilité, financement, surveillance, assurance de la qualité, formation et éducation, lois sur la protection de la vie privée, questions relatives aux usagers, communications des organismes gouvernementaux et financement national.
- ∞ Les soins axés sur la collaboration doivent être basés sur des éléments probants obtenus par la recherche. Toutefois, la portée des études initiales était limitée. De nouvelles méthodes de recherche et des mesures plus larges des résultats doivent donc être explorées.
- ∞ Les programmes de financement doivent être conçus de manière à profiter à l'ensemble du système, plutôt qu'à des groupes de professionnels particuliers, et à favoriser la mise en œuvre de nouveaux prototypes de soins plus efficaces et satisfaisants que les soins habituels. Il existe des mécanismes de rémunération qui peuvent être adaptés pour inclure ces mesures incitatives.
- ∞ Les besoins de la communauté sont un élément central de l'élaboration de programmes de soins axés sur la collaboration.

- Ces programmes doivent permettre la réalisation d'évaluations des besoins ou l'utilisation d'information à jour sur ces besoins et s'appuyer sur des stratégies concrètes pour élaborer des pratiques axées sur la collaboration.
- Un système centré sur l'utilisateur est fondé sur le principe que l'utilisateur peut et devrait participer activement à tous les aspects de son traitement, y compris le diagnostic des problèmes, le choix éclairé d'un traitement et la participation à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation des programmes.
  - Ces stratégies pourraient donner plus de poids à la voix des usagers : écouter les usagers, reconnaître et proclamer les différences, encourager une nouvelle forme d'autorité, former des coalitions, accorder de l'importance au dialogue et se préparer à s'enrichir mutuellement.
  - Centrer le système sur l'utilisateur signifie également que les soins doivent être adaptés aux clientèles qui ont des besoins spéciaux, comme les usagers atteints de maladie mentale grave ou de troubles concomitants, les populations rurales, les personnes âgées et les enfants et adolescents qui ont des problèmes de santé mentale.
  - La justification de l'intégration des soins de santé mentale aux soins de santé primaires est un sujet fréquent dans la documentation. Les soins de santé mentale axés sur la collaboration profitent aux usagers, aux prestataires de soins et au système dans son ensemble.
  - Plusieurs cadres de travail et modèles ont été conçus pour étudier la documentation sans cesse croissante sur ce sujet (p. ex., cadres de travail de Strosahl, de Blount, de Goetz, de Katon et de Paxton). De nombreux modèles portent sur le niveau et le type de besoins, physiques et mentaux, des usagers.
  - La base de connaissances sur les modèles de soins axés sur la collaboration continue de s'accroître. Les modèles évoluent. Certains modèles sont fondés sur la consultation-liaison et la prise en charge du traitement de la dépression.
  - Ces modèles et ces cadres de travail ont un but commun : aider à mieux comprendre comment intégrer des approches disciplinaires distinctes afin d'améliorer la prestation des services visant les troubles mentaux communs et les résultats cliniques.
  - Le travail en équipe constitue une approche fonctionnelle des soins axés sur la collaboration qui permet de former un partenariat entre de nombreux professionnels de la santé, les usagers, les familles et les aidants naturels.

- ∞ La documentation abonde en descriptions sur les stratégies de travail en équipe, y compris les outils interactifs et idéologiques.
- ∞ La communication efficace et la définition claire des rôles au sein des équipes multidisciplinaires constituent un thème central. Être conscient des différences entre les diverses disciplines peut grandement contribuer à établir une communication et des attentes claires entre les membres de l'équipe.
- ∞ La documentation décrit la participation des professionnels de la santé de nombreuses disciplines à la prestation de soins de santé mentale axés sur la collaboration et leurs rôles possibles au sein des équipes. Par exemple, les équipes peuvent être composées de psychologues, de médecins, de psychiatres, de pharmaciens, de travailleurs sociaux, d'infirmières, d'ergothérapeutes, de diététistes, de membres du clergé et d'usagers comme travailleurs de soutien auprès des pairs.
- ∞ Les modèles ont évolué pour inclure de nouveaux postes (p. ex., travailleur de liaison) qui facilitent l'intégration des soins de santé mentale aux soins de santé primaires. Ces postes peuvent être occupés par des professionnels de la santé provenant de différentes disciplines.
- ∞ Plusieurs structures de collaboration aux niveaux de la pratique et du système appuient la prestation efficace de soins de santé mentale axés sur la collaboration.
- ∞ Des exemples de structures de collaboration au niveau de la pratique sont les descriptions de poste avec une claire définition des attentes, les fonctions de leadership et de coordination différenciées des responsabilités cliniques et professionnelles ainsi que les processus et les cheminements cliniques bien conçus.
- ∞ Les structures au niveau du système comprennent la formation continue pour les prestataires de soins, la formation des futurs professionnels de la santé dans le domaine des soins de santé mentale axés sur la collaboration et l'évaluation des plans et des méthodes.
- ∞ Plusieurs outils utiles (p. ex., les dossiers de santé électroniques et les systèmes de registres ou de rappel des usagers), processus administratifs (p. ex., les tests de dépistage et les lignes directrices sur les traitements, les protocoles de service et les ententes interorganismes) et procédures administratives intégrées (p. ex., la réception, le traitement des rendez-vous et la consignation aux dossiers) facilitent le processus de collaboration.

La synthèse des résultats actuels et des progrès de la recherche sur les soins de santé mentale axés sur la collaboration nécessite un débat actif et continu, un défi rendu encore plus enthousiasmant par la nature interdisciplinaire des soins axés sur la collaboration. La meilleure façon pour tous les partenaires de répondre vraiment aux besoins en soins de santé mentale des usagers d'une manière holistique et sérieuse est de collaborer à la prestation des soins, surtout dans le contexte des soins primaires. Les usagers et les familles doivent occuper le devant de la scène et assumer la responsabilité de leur santé et de leur bien-être. Ils doivent guider la réponse des professionnels de la santé à la maladie mentale afin de favoriser le processus de guérison. Les professionnels de la santé doivent puiser dans leurs connaissances et leurs compétences pour traiter ces maladies à l'aide de moyens créatifs et efficaces qui épousent les buts des usagers et optimisent leur état de santé.

La masse croissante des connaissances décrites dans la documentation professionnelle présentée dans cette bibliographie annotée et la revue de la documentation peuvent servir de source d'inspiration aux prestataires de soins axés sur la collaboration et les inciter à continuer de consacrer leurs efforts à l'amélioration de la santé mentale dans le monde entier.

# RÉFÉRENCES

Tous les liens ont été vérifiés le 15 juillet 2005.

- ABRAHAMAS, S. et O. UDWIN. « An evaluation of a primary care-based child clinical psychology service », *Child and Adolescent Mental Health*, vol. 7, n° 3, septembre 2002, p. 107-113. <Abstract>
- AKHAVAIN, P., D. AMARAL, M. MURPHY et K. C. UEHLINGER. « Collaborative practice: a nursing perspective of the psychiatric interdisciplinary treatment team », *Holistic Nursing Practice*, vol. 13, n° 2, janvier 1999, p. 1-11. <PubMed>
- ALBRECHT, P. C., E. GORMAN et F. AIKEN. « The promises and perils of interprofessional education : a student's view (promesses et difficultés de la formation interprofessionnelle : le point de vue étudiant) », *Canadian Social Work Review*, vol. 6, n° 1, automne 2004, p. 9-23.
- ALEXOPOULOS, G. S. et PROSPECT GROUP. « Interventions for depressed elderly primary care patients », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, (éditorial), juin 2001, vol. 16, n° 6, p. 553-559. <PubMed>
- ALKIN, T., Z. TUNCA, B. YEMEZ et A. GOGUS. « Training course for primary care physicians and medical students in the management of depression », *European Neuropsychopharmacology*, (présentation sous forme d'affiche), avril 1996, vol. 6, n° 1, supplément 1, p. S1/23-S1/24.
- AMERICAN ASSOCIATION OF COMMUNITY PSYCHIATRISTS. « Position statement on interface and integration with primary care providers », (approuvé le 10 octobre 2002), Dallas (Texas), 2002. Disponible à l'adresse : <http://www.comm.psych.pitt.edu/finds/PCPMenu.html> ou <http://www.comm.psych.pitt.edu/finds/primarycare.pdf>
- ANDERSON, G. L. et D. W. LOVEJOY. « Predoctoral training in collaborative primary care : an exam room built for two », *Professional Psychology: Research and Practice*, décembre 2000, vol. 31, n° 6, p. 692-697.
- ANFINSON, T. J. et J. R. BONA. « A health services perspective on delivery of psychiatric services in primary care including internal medicine », *The Medical Clinic of North America*, mai 2001, vol. 85, n° 3, p. 597-616. <PubMed>
- ANTHONY, W. A. « A recovery-oriented service system: setting some system level standards », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, automne 2000, vol. 24, n° 2, p. 159-168.
- APPLETON, P. L. et S. HAMMOND-ROWLEY. « Addressing the population burden of child and adolescent mental health problems: a primary care model », *Child and Adolescent Mental Health*, février 2000, vol. 5, n° 1, p. 9-16. <Abstract>
- ARAYA, R., G. ROJAS, R. FRITSCH, J. GAETE, M. ROJAS, G. SIMON et T. J. PETERS. « Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile : a randomised controlled trial », *Lancet*, 22 mars 2003, vol. 361, n° 9362, p. 995-1000. <PubMed>
- ARTHUR A.J., C. JAGGER, J. LINDESAY et R. J. MATTHEWS. « Evaluating a mental health assessment for older people with depressive symptoms in general practice: a randomised controlled trial », *British Journal of General Practice*, mars 2002, vol. 52, n° 476, p. 202-207. <PubMed>
- ATKIN, K. et N. LUNT. « The role of the practice nurse in primary health care : managing and supervising the practice nurse resource », *Journal of Nursing Management*, mars 1996, vol. 4, n° 2, p. 85-92. <PubMed>
- BADGER, F. et P. NOLAN. « General practitioners' perceptions of community psychiatric nurses in primary care », *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, décembre 1999, vol. 6, n° 6, p. 453-459. <PubMed>

- BADGER, F. et P. NOLAN. « What have we learned and where do we go from here? (Qu'avons-nous appris jusqu'à maintenant? vers où devrions-nous nous diriger à présent?) », dans *Promoting collaboration in primary mental health care* de P. Nolan et F. Badger (éditeurs), Cheltenham, Nelson Thornes, 2002, p. 248-264.
- BADGER, L., H. ROBINSON et T. FARLEY. « Management of mental disorders in rural primary care : a proposal for integrated psychosocial services », *The Journal of Family Practice*, octobre 1999, vol. 48, n° 10, p. 813-818. <PubMed>
- BADGER, L. W., B. ACKERSON, F. BUTTELL et E. H. RAND. « The case for integration of social work psychosocial services into rural primary care practice », *Health & Social Work*, février 1997, vol. 22, n° 1, p. 20-29. <PubMed>
- BALDWIN, C. « Community pharmacy 2009: would you believe it? », *Chemist and Druggist*, (Angleterre), novembre 1999, vol. 6, n° 252, p. 26 et 28.
- BARNES, D., J. CARPENTER et D. BAILEY. « Partnerships with service users in interprofessional education for community mental health: a case study », *J Interprof Care*, vol. 14, n° 2, mai 2000, p. 189-200. <Abstract>
- BARRETT, G., R. GREENWOOD et K. ROSS. « Integrating interprofessional education into 10 health and social care programmes », *J Interprof Care*, vol. 17, n° 3, août 2003, p. 293-301. <PubMed>
- BARTELS, S. J. et coll.; chercheurs de l'essai PRISM-E. « Improving access to geriatric mental health services: a randomized trial comparing treatment engagement with integrated versus enhanced referral care for depression, anxiety, and at-risk alcohol use », *Am J Psychiatry*, vol. 161, n° 8, août 2004, p. 1455-1462. <PubMed>
- BASHIR, K. et coll. « The evaluation of a mental health facilitator in general practice: effects on recognition, management, and outcome of mental illness », *Br J Gen Pract.*, vol. 50, n° 457, août 2000, p. 626-629. <PubMed>
- BATEMAN, H., P. BAILEY et H. McLELLAN. « Of rocks and safe channels: learning to navigate as an interprofessional team », *J Interprof Care*, vol. 17, n° 2, mai 2003, p. 141-150. <PubMed>
- BAZELON CENTER FOR MENTAL HEALTH LAW. « Get it together: how to integrate physical and mental health care for people with serious mental disorders », Washington, DC: The Center, 2004. Sommaire disponible à : <http://www.bazon.org/issues/general/publications/getittogether/execsumm.htm> ou <http://www.bazon.org/issues/general/publications/getittogether/execsummary.pdf>
- BELLMAN, L. « Evaluation of a multi-professional mentoring scheme in primary health care [rapport de recherche] », *J Interprof Care*, vol. 17, n° 4, novembre 2003, p. 402-403. <PubMed>
- BERARDI, D. et coll. « The Bologna Primary Care Liaison Service: first year evaluation », *Community Ment Health J*, vol. 38, n° 6, décembre 2002, p. 439-445. <PubMed>
- BINDMAN, J. et coll. « Primary and secondary care for mental illness: impact of a link worker service on admission rates and costs », *Journal of Mental Health*, vol. 10, n° 6, décembre 2001, p. 637-644. Résumé disponible à : <http://taylorandfrancis.metapress.com/openurl.asp?genre=article&eissn=1360-0567&volume=10&issue=6&spage=637>
- BIRLESON, P., E. S. LUK et C. MILESHKIN. « Better mental health services for young people: responsibility, partnerships and projects », *Aust N Z J Psychiatry*, vol. 35, n° 1, février 2001, p. 36-44. <PubMed>
- BLASHKI, G., I. B. HICKIE et T. A. DAVENPORT. « Providing psychological treatments in general practice: how will it work? », *Med J Aust.*, vol. 179, n° 1, le 7 juillet 2003, p. 23-25. <PubMed> <FullText>

- BLATT, S. D. et coll. « A comprehensive, multidisciplinary approach to providing health care for children in out-of-home care », *Child Welfare*, vol. 76, n° 2, mars-avril 1997, p. 331-347. <PubMed>
- BLOUNT, A. « Integrated primary care: organizing the evidence », *Families, Systems & Health*, vol. 21, n° 2, été 2003, p. 121-133.
- BLOUNT, A. (sous la dir. de). *Integrated primary care: the future of medical and mental health collaboration*, New York: Norton, 1998a.
- BLOUNT, A. « (introduction) », dans A. BLOUNT (sous la dir. de), *Integrated primary care: the future of medical and mental health collaboration* », New York, Norton, 1998b, p. xi-xiv.
- BLOUNT, A. « Introduction to integrated primary care », dans A. BLOUNT (sous la dir. de), *Integrated primary care: the future of medical and mental health collaboration* », New York, Norton, 1998., p. 1-43.
- BORRILL, C. et coll. « The effectiveness of health care teams in the National Health Service », (R.-U.), Université d'Aston, Universités de Glasgow et d'Edimburgh, Université de Leeds, 2000. Disponible à : <http://homepages.inf.ed.ac.uk/jeanc/DOH-final-report.pdf>
- BOWER, P. « Primary care mental health workers: models of working and evidence of effectiveness », *Br J Gen Pract*, vol. 52, n° 484, novembre 2002, p. 926-933. <PubMed>
- BOWER, P., S. BYFORD, B. SIBBALD, E. WARD, M. KING, M. LLOYD et M. GABBAY. « Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. II: cost effectiveness », *BMJ*, vol. 321, n° 7273, 2 décembre 2000, p. 1389-1392. <PubMed> <FullText>
- BOWER, P., E. GARRALDA, T. KRAMER, R. HARRINGTON et B. SIBBALD. « The treatment of child and adolescent mental health problems in primary care: a systematic review », *Fam Pract*, vol. 18, n° 4, août 2001, p. 373-382. <PubMed>
- BOWER, P. et L. GASK. « The changing nature of consultation-liaison in primary care: bridging the gap between research and practice », *Gen Hosp Psychiatry*, vol. 24, n° 2, mars-avril 2002, p. 63-70. <PubMed>
- BOWER, P., S. JERRIM et L. GASK. « Primary care mental health workers: role expectations, conflict and ambiguity », *Health Soc Care Community*, vol. 12, n° 4, juillet 2004, p. 336-345. <PubMed>
- BOWER, P., D. RICHARDS et K. LOVELL. « The clinical and cost-effectiveness of self-help treatments for anxiety and depressive disorders in primary care: a systematic review », *Br J Gen Pract*, vol. 51, n° 471, octobre 2001, p. 838-845. <PubMed>
- BOWER, P., N. ROWLAND et R. HARDY. « The clinical effectiveness of counselling in primary care: a systematic review and meta-analysis », *Psychol Med*, vol. 33, n° 2, février 2003, p. 203-215. <PubMed>
- BOWER, P., N. ROWLAND, J. MELLOR CLARK, P. HEYWOOD, C. GODFREY et R. HARDY. « Effectiveness and cost effectiveness of counselling in primary care », *Cochrane Database Syst Rev*, n° 1, 2002, CD001025. <PubMed>
- BOWER, P. et B. SIBBALD. « On-site mental health workers in primary care: effects on professional practice », *Cochrane Database Syst Rev*, n° 4, 1999, CD000532. <PubMed>
- BRADLEY, S., T. KRAMER, M. E. GARRALDA, P. BOWER, W. MacDONALD, B. SIBBALD et R. HARRINGTON. « Child and adolescent mental health interface work with primary services: a survey of NHS Provider Trusts », *Child and Adolescent Mental Health*, vol. 8, n° 4, novembre 2003, p. 170-176. <Abstract>
- BRAY, J.H. et J.C. ROGERS. « Linking psychologists and family physicians for collaborative practice », *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 26, n° 2, avril 1995, p. 132-138.

- BROWN, G. K., M. L. BRUCE et J. L. PEARSON. « High-risk management guidelines for elderly suicidal patients in primary care settings », *Int J Geriatr Psychiatry*, vol. 16, n° 6, juin 2001, p. 593-601. <PubMed>
- BROWN, J. B., B. LENT, A. STIRLING, J. TAKHAR et J. BISHOP. « Caring for seriously mentally ill patients. Qualitative study of family physicians' experiences », *Can Fam Physician*, vol. 48, mai 2002, p. 915-920. <PubMed> <FullText> OU <FullText>
- BROWNHILL, S., K. WILHELM, G. ELIOVSON et M. WATERHOUSE. « 'For men only'. A mental health prompt list in primary care », *Aust Fam Physician*, vol. 32, n° 6, juin 2003, p. 443-450. <PubMed>
- BRUCKER, P. S. et C. G. SHIELDS. « Collaboration between mental and medical healthcare providers in an integrated primary care medical setting », *Families, Systems & Health*, vol. 21, n° 2, été 2003, p. 181-191.
- BUDIN, J., S. BOSLAUGH, E. BECKETT et M. G. WINIARSKI. « Utilization of psychiatric services integrated with primary care by persons of color with HIV in the inner city », *Community Ment Health J*, vol. 40, n° 4, août 2004, p. 365-378. <PubMed>
- BURLEY, H. J. « Shared care: what do family physicians want from psychiatrists? », *CPA Bulletin de l'APC*, décembre 2002, p. 29-31. <Fulltext>
- BURNS, B. J., S. D. PHILLIPS, H. R. WAGNER, R. P. BARTH, D. J. KOLKO, Y. CAMPBELL et J. LANDSVERK. « Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: a national survey », *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, vol. 43, n° 8, août 2004, p. 960-970. <PubMed>
- BUSZEWICZ, M. « Mental health teamwork in primary care », *International Review of Psychiatry*, vol. 10, n° 2, mai 1998, p. 119-122.
- BYNG, R. et R. JONES. « Mental Health Link: the development and formative evaluation of a complex intervention to improve shared care for patients with long-term mental illness », *J Eval Clin Pract*, vol. 10, n° 1, février 2004, p. 27-36. <PubMed>
- BYNG, R., R. JONES, M. LEESE, B. HAMILTON, P. McCRONE et T. CRAIG. « Exploratory cluster randomised controlled trial of shared care development for long-term mental illness », *Br J Gen Pract*, vol. 54, n° 501, avril 2004, p. 259-266. <PubMed>
- CAAN, W. « Mind the gap! Research in primary mental health care », éditorial, *Journal of Mental Health*, vol. 7, n° 3, juin 1998, p. 217-21.
- CALLAHAN, C. M. « Quality improvement research on late life depression in primary care », *Med Care*, vol. 39, n° 8, août 2001, p. 772-784. <PubMed>
- CALLAHAN, E. J. « The future of psychology in family medicine », *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, vol. 4, n° 2, juin 1997, p. 155-166.
- CANADA HEALTH INFOWAY / INFOROUTE SANTÉ DU CANADA. 2004. Site accessible à partir de l'adresse : <http://www.infoway-inforoute.ca>.
- CAPE, J. et A. PARHAM. « Relationship between practice counselling and referral to outpatient psychiatry and clinical psychology », *Br J Gen Pract*, vol. 48, n° 433, août 1998, p. 1477-1480. <PubMed>
- CASHMAN, S., P. REIDY, K. CODY et C. LEMAY. « Developing and measuring progress toward collaborative, integrated, interdisciplinary health care teams », *J Interprof Care*, vol. 18, n° 2, mai 2004, p. 183-196. <PubMed>
- CHISHOLM, P. et D. LEMOINE. « A shared mental health care model », *Can Nurse*, vol. 98, n° 9, octobre 2002, p. 22-24. <PubMed>



- CHURCHILL, R. et H. McGUIRE. « Developments in the evidence base in primary care psychiatry », *International Review of Psychiatry*, vol. 10, n° 2, mai 1998, p. 143-147.
- CHUR-HANSEN, A., E. TODD et L. KOPOWITZ. « Description and evaluation of an up-skilling workshop for rural and remote mental health practitioners in South Australia », *Australas Psychiatry*, vol. 12, n° 3, septembre 2004, p. 273-277. <PubMed>
- COCKBURN, K. et P. BERNARD. « Child and adolescent mental health within primary care: a study of general practitioners' perceptions », *Child and Adolescent Mental Health*, vol. 9, n° 1, février 2004, p. 21-24. <Abstract>
- COLOMBO, A., G. BENDELOW, B. FULFORD et S. WILLIAMS. « Evaluating the influence of implicit models of mental disorder on processes of shared decision making within community-based multi-disciplinary teams », *Soc Sci Med*, vol. 56, n° 7, avril 2003, p. 1557-1570. <PubMed>
- COOK, A., J. DAVIS. et L. VANCLAY. « Shared learning in practice placements for health and social work students in East London: a feasibility study », *J Interprof Care*, vol. 15, n° 2, mai 2001, p. 185-190. <PubMed>
- COOK, G., K. GERRISH et C. CLARKE. « Decision-making in teams: issues arising from two UK evaluations », *J Interprof Care*, vol. 15, n° 2, mai 2001, p. 141-151. <PubMed>
- COOK, S. et A. HOWE. « Engaging people with enduring psychotic conditions in primary mental health care and occupational therapy », *British Journal of Occupational Therapy*, vol. 66, n° 6, juin 2003, p. 236-246.
- COOPER, L. A., C. BROWN, H. T. VU, D. R. PALENCHAR, J. J. GONZALES, D. E. FORD et N.R. POWE. « Primary care patients' opinions regarding the importance of various aspects of care for depression », *Gen Hosp Psychiatry*, vol. 22, n° 3, mai-juin 2000, p. 163-173. <PubMed>
- CORNEY, R. H. « Social work involvement in primary care settings and mental health centres: A survey in England and Wales », *Journal of Mental Health*, vol. 4, n° 3, juillet 1995, p. 275-280. Résumé disponible à l'adresse <http://taylorandfrancis.metapress.com/openurl.asp?genre=article&eissn=1360-0567&volume=4&issue=3&spage=275>.
- COYNE, J.C., G. BROWN, C. DATTO, M. L. BRUCE, H. C. SCHULBERG et I. KATZ. « The benefits of a broader perspective in case-finding for disease management of depression: early lessons from the PROSPECT Study », *Int J Geriatr Psychiatry*, vol. 16, n° 6, juin 2001, p. 570-576. <PubMed>
- COYNE, J.C. et R. THOMPSON. « Psychologists entering primary care: Manhattan cannot be bought for \$24 worth of beads », *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol. 10, n° 1, printemps 2003, p. 102-108. <Abstract>
- CRASKE, M.G., P. ROY-BYRNE, M. B. STEIN, C. DONALD-SHERBOURNE, A. BYSTRITSKY, W. KATON et G. SULLIVAN. « Treating panic disorder in primary care: a collaborative care intervention », *Gen Hosp Psychiatry*, vol. 24, n° 3, mai-juin 2002, p. 148-155. <PubMed>
- CRAVEN, M.A. et R. BLAND « Le partage des soins de santé mentale : une bibliographie et une vue d'ensemble » [article disponible en français et en anglais], *Can J Psychiatry*, avril 2002 : 47 (2 Suppl 1) : iS-viiiS, 1S-103S. <PubMed> <FullText> (En) <FullText> (Fr)
- CRAVEN, M. et BLAND, R. Meilleures pratiques pour des soins de santé mentale axés sur la collaboration : Une analyse des données existantes. *La revue canadienne de psychiatrie* 2006 : 51 (Suppl 1, mai) à paraître.
- CRAWFORD, M.J., M. PRINCE, P. MENEZES et A. H. MANN. « The recognition and treatment of depression in older people in primary care », *Int J Geriatr Psychiatry*, vol. 13, no 3, mars 1998, p. 172-176. <PubMed>
- CREWS, C., H. BATAL, T. ELASY, E. CASPER et P. S. MEHLER. « Primary care for those with severe and persistent mental illness », *West J Med*, vol. 169, n° 4, octobre 1998, p. 245-250. <PubMed>

- DAVIS, T. F. et G. BLITZ. « Forming a multidisciplinary team » dans Blount, A., éditeur : *Integrated primary care: the future of medical and mental health collaboration*, New York, Norton, 1998, p. 228-246.
- DAW, J. « New rule will change the psychologist physician relationship », *Monitor on Psychology* [série sur Internet], vol. 32, n° 4, avril 2001, [environ 7 p.]. <FullText>  
Disponible à : <http://www.apa.org/monitor/apr01/physicians.html>
- DEA, R. A. « The integration of primary care and behavioral healthcare in Northern California Kaiser-Permanente », *Psychiatr Q*, vol. 71, n° 1, printemps 2000, p. 17-29. <PubMed>
- DE ALBA, I., J. H. SAMET et R. SAITZ. « Burden of medical illness in drug- and alcohol-dependent persons without primary care », *Am J Addict*, vol. 13, n° 1, janvier-février 2004, p. 33-45. <PubMed>
- DEBAR, L. L., G. N. CLARKE, E. O'CONNOR et G. A. NICHOLS. « Treated prevalence, incidence, and pharmacotherapy of child and adolescent mood disorders in an HMO », *Ment Health Serv Res*, vol. 3, n° 2, juin 2001, p. 73-89. <PubMed>
- DEGRUY, F. V. III. « The primary care provider's view », *New Dir Ment Health Serv*, vol. 81, printemps 1999, p. 33-39. <PubMed>
- DEWA, C. S., J. S. HOCH et P. GOERING. « Using financial incentives to promote shared mental health care », *Can J Psychiatry*, vol. 46, n° 6, août 2001, p. 488-495. <PubMed> <FullText>
- DICKEY, B., S. L. NORMAND, R. D. WEISS, R. E. DRAKE et H. AZENI. « Medical morbidity, mental illness, and substance use disorders », *Psychiatr Serv*, vol. 53, n° 7, juillet 2002, p. 861-867. <PubMed> <FullText>
- DIETRICH, A. J., T. E. OXMAN, J. W. WILLIAMS Jr, K. KROENKE, H. C. SCHULBERG, M. BRUCE et S. L. BARRY. « Going to scale: re-engineering systems for primary care treatment of depression », *Ann Fam Med*, vol. 2, n° 4, juillet-août 2004, p. 301-304. <PubMed>
- DIXON, L., L. POSTRADO, J. DELAHANTY, P. J. FISCHER et A. LEHMAN. « The association of medical comorbidity in schizophrenia with poor physical and mental health », *J Nerv Ment Dis*, vol. 187, n° 8, août 1999, p. 496-502. <PubMed>
- DOBMEYER, A. C., A. B. ROWAN, J. R. ETHERAGE et R. J. WILSON. « Training psychology interns in primary behavioral health care », *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 34, n° 6, décembre 2003, p. 586-594.
- DOBSCHA, S. K. et L. GANZINI. « A program for teaching psychiatric residents to provide integrated psychiatric and primary medical care », *Psychiatr Serv*, vol. 52, n° 12, décembre 2001, p. 1651-1653. <PubMed> <FullText>
- DODDS, S., N. T. BLANEY, E. M. NUEHRING, T. BLAKLEY, J.-M. LIZOTTE, J. E. POTTER et M. J. O'SULLIVAN. « Integrating mental health services into primary care for HIV-infected pregnant and non-pregnant women: Whole Life-a theoretically derived model for clinical care and outcomes assessment », *Gen Hosp Psychiatry*, vol. 22, n° 4, juillet-août 2000, p. 251-260. <PubMed>
- DODDS, S., E. M. NUEHRING, N. T. BLANEY, T. BLAKLEY, J. M. LIZOTTE, M. LOPEZ, J. E. POTTER et M. J. O'SULLIVAN. « Integrating mental health services into primary care for women: the Whole Life project », *Public Health Rep*, vol. 119, n° 1, janvier-février 2004, p. 48-59. <PubMed>
- DOUGLAS, S. et T. MACHIN. « A model for setting up interdisciplinary collaborative working in groups: lessons from an experience of action learning », *J Psychiatr Ment Health Nurs*, vol. 11, n° 2, avril 2004, p. 189-193. <PubMed>
- DRUSS, B. G. « The mental health/primary care interface in the United States: history, structure, and context », *Gen Hosp Psychiatry*, vol. 24, n° 4, juillet-août 2002, p. 197-202. <PubMed>

- DRUSS, B. G., R. M. ROHRBAUGH, C. L. MILLER et R. A. ROSENHECK. « Integrated medical care for patients with serious psychiatric illness: a randomized trial », *Arch Gen Psychiatry*, vol. 58, n° 9, septembre 2001, p. 861-868. <PubMed>
- DRUSS, B. G., R. A. ROSENHECK, M. M. DESAI et J. B. PERLIN. « Quality of preventive medical care for patients with mental disorders », *Med Care*, vol. 40, n° 2, février 2002, p. 129-136. <PubMed>
- DWIGHT-JOHNSON, M., J. UNÜTZER, C. SHERBOURNE, L. TANG et K. B. WELLS. « Can quality improvement programs for depression in primary care address patient preferences for treatment? », *Med Care*, vol. 39, n° 9, septembre 2001, p. 934-944. <PubMed>
- EMMANUEL, J. S., A. MCGEE, O. C. UKOUMUNNE et P. TYRER. « A randomised controlled trial of enhanced key-worker liaison psychiatry in general practice », *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, vol. 37, n° 6, juin 2003, p. 261-266. <PubMed>
- EVANS, P. et K. LLOYD. « Auditing the primary care of mental disorders », *International Review of Psychiatry*, vol. 10, n° 2, mai 1998, p. 127-129.
- EVE, J. D. « Sustainable practice: how practice development frameworks can influence team work, team culture and philosophy of practice », *J Nurs Manag*, vol. 12, n° 2, mars 2004, p. 124-130. <PubMed>
- FARRAR, S., N. KATES, A. M. CRUSTOLO et L. NIKOLAOU. « Integrated model for mental health care. Are health care providers satisfied with it? », *Can Fam Physician*, vol. 47, décembre 2001, p. 2483-2488. <PubMed> <FullText>
- FEINMAN, J. A., D. CARDILLO, J. PALMER et M. MITCHEL. « Development of a model for the detection and treatment of depression in primary care », *Psychiatr Q*, vol. 71, n° 1, printemps 2000, p. 59-78. <PubMed>
- FELKER, B. L., R. F. BARNES, D. M. GREENBERG, E. F. CHANEY, M. M. SHORES, L. GILLESPIE-GATELEY, M. K. BUIKE et C. E. MORTON. « Preliminary outcomes from an integrated mental health primary care team », *Psychiatr Serv*, vol. 55, n° 4, avril 2004, p. 442-444. <PubMed> <FullText>
- FINLEY, P. R., H. R. RENS, S. GESS et C. LOUIE. « Case management of depression by clinical pharmacists in a primary care setting », *Formulary (USA)*, vol. 34, n° 10, octobre 1999, p. 864-866 et 869-870.
- FIRTH, M. T., M. DYER, H. MARSDEN et D. SAVAGE. « Developing a social perspective in mental health services in primary care », *J Interprof Care*, vol. 17, n° 3, août 2003, p. 251-261. <PubMed>
- FIRTH, M. T., M. DYER, H. MARSDEN, D. SAVAGE et H. MOHAMAD. « Non-statutory mental health social work in primary care: a chance for renewal? », *British Journal of Social Work*, vol. 34, n° 2, mars 2004, p. 145-163.
- FISCHER, L. R., F. WEI, L. I. SOLBERG, W. A. RUSH et R. L. HEINRICH. « Treatment of elderly and other adult patients for depression in primary care », *J Am Geriatr Soc*, vol. 51, n° 11, novembre 2003, p. 1554-1562. <PubMed>
- FITZPATRICK, N. K., S. SHAH, N. WALKER, S. NOURMAND, P. J. TYRER, T. R. BARNES, A. HIGGITT et H. HEMINGWAY. « The determinants and effect of shared care on patient outcomes and psychiatric admissions — an inner city primary care cohort study », *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, vol. 39, n° 2, février 2004, p. 154-163. <PubMed>
- FLAHERTY, L. T., E. G. GARRISON, R. WAXMAN, P. F. URIS, S. G. KEYS, M. GLASS-SIEGEL et M. D. WEIST. « Optimizing the roles of school mental health professionals », *J Sch Health*, vol. 68, n° 10, décembre 1998, p. 420-424. <PubMed>

- FREEMAN, G., T. WEAVER, J. LOW, E. de JONGE et M. CRAWFORD. « Promoting continuity of care for people with severe mental illness whose needs span primary, secondary and social care: a multi-method investigation of relevant mechanisms and contexts », rapport préparé pour le National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D (NCCSDO), octobre 2001, révisé en juin 2002. Disponible à : [http://www.sdo.lshtm.ac.uk/pdf/coc\\_mentalillness\\_freeman.pdf](http://www.sdo.lshtm.ac.uk/pdf/coc_mentalillness_freeman.pdf).
- FREETH, D. et S. REEVES. « Learning to work together: using the presage, process, product (3P) model to highlight decisions and possibilities », *J Interprof Care*, vol. 18, n° 1, février 2004, p. 43-56. <PubMed>
- FRIEDLI, K. et M. B. KING. « Psychological treatments and their evaluation », *International Review of Psychiatry*, vol. 10, n° 2, mai 1998, p. 123-126.
- FRIEDLI, K., M. B. KING et M. LLOYD. « The economics of employing a counsellor in general practice: analysis of data from a randomised controlled trial », *Br J Gen Pract*, vol. 50, n° 453, avril 2000, p. 276-283. <PubMed>
- FRIEDMANN, P. D., J. A. ALEXANDER, L. JIN et T. A. D'AUNNO. « On-site primary care and mental health services in outpatient drug abuse treatment units », *J Behav Health Serv Res*, vol. 26, n° 1, février 1999, p. 80-94. <PubMed>
- FRIEDMANN, P. D., T. A. D'AUNNO, L. JIN et J. A. ALEXANDER. « Medical and psychosocial services in drug abuse treatment: do stronger linkages promote client utilization? », *Health Serv Res*, vol. 35, n° 2, juin 2000, p. 443-465. <PubMed>
- FRIEDMANN, P. D., Z. ZHANG, J. HENDRICKSON, M. D. STEIN et D. R. GERSTEIN. « Effect of primary medical care on addiction and medical severity in substance abuse treatment programs », *J Gen Intern Med*, vol. 18, n° 1, janvier 2003, p. 1-8. <PubMed>
- FRITZ, G. K. « Promoting effective collaboration between pediatricians and child and adolescent psychiatrists », *Pediatr Ann*, vol. 32, n° 6, juin 2003, p. 383 et 387-389. <PubMed>
- FULLER, J., J. EDWARDS, L. MARTINEZ, B. EDWARDS et K. REID. « Collaboration and local networks for rural and remote primary mental healthcare in South Australia », *Health Soc Care Community*, vol. 12, n° 1, janvier 2004, p. 75-84. <PubMed>
- GAGNÉ, MA. « Les soins de santé mentale axés sur la collaboration, de quoi s'agit-t-il ? Une introduction au Cadre de travail en soins de santé mentale axés sur la collaboration », Mississauga, Ontario : L'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, juin 2005. Disponible à : <http://www.iccsm.ca>
- GALE, F. et P. VOSTANIS. « The primary mental health worker within child and adolescent mental health services », *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, vol. 8, n° 2, avril 2003, p. 227-240.
- GALLO, J. J. et J. C. COYNE. « The challenge of depression in late life: bridging science and service in primary care [commentaires, éditorial] », *JAMA*, vol. 284, n° 12, septembre 2000, p. 1570-1572. <PubMed>
- GARRALDA, E. « Child and adolescent psychiatry in general practice », *Aust N Z J Psychiatry*, vol. 35, n° 3, juin 2001, p. 308-314. <PubMed>
- GARRALDA, E. « Needs of special groups: children (besoins des groupes spéciaux : enfants) », *International Review of Psychiatry*, vol. 10, n° 2, mai 1998, p. 134-135.
- GASK, L. et A. ROGERS. « Bridging the gap: mapping a new generation of primary mental health care research [éditorial] », *Journal of Mental Health*, vol. 7, n° 6, novembre 1998, p. 539-541.
- GASK, L., B. SIBBALD et F. CREED. « Evaluating models of working at the interface between mental health services and primary care », *Br J Psychiatry*, vol. 170, n° 1, janvier 1997, p. 6-11. <PubMed>

- GERDES, J. L., E. J. YUEN, G. C. WOOD et C. M. FREY. « Assessing collaboration with mental health providers: the primary care perspective », *Families, Systems & Health*, vol. 19, n° 4, hiver 2001, p. 429-443.
- GETLER, A. A., R. C. JOSEPH, J. GRUNEBAUM, H. GRUNEBAUM et G. EDER. « Innovations in primary care mental health », *Families, Systems & Health*, vol. 19, n° 4, hiver 2001, p. 459-466.
- GLASBY, J. et H. LESTER. « Cases for change in mental health: partnership working in mental health services », *J Interprof Care*, vol. 18, n° 1, février 2004, p. 7-16. <PubMed>
- GODIN, P. « The development of community psychiatric nursing: a professional project? », *J Adv Nurs*, mai 1996; 23 (5) : 925-34 <PubMed>
- GOETZ, RR. « The primary care-mental health interface », *New Dir Ment Health Serv*, vol. 81, printemps 1999, p. 17-24. <PubMed>
- GOLDBERG, D. « Training general practitioners in mental health skills », *International Review of Psychiatry*, vol. 10, n° 2, mai 1998, p. 102-105. <Abstract>
- GOLDMAN, H. H., V. GANJU, R. E. DRAKE, P. GORMAN, M. HOGAN, P. S. HYDE et O. MORGAN. « Policy implications for implementing evidence-based practices », *Psychiatr Serv*, vol. 52, n° 12, décembre 2001, p. 1591-1597. <PubMed> <FullText>
- GOSCHA, R. J. et C. A. RAPP. « The Kansas Excellence in Client-Centered Supervision Program: design and initial results », *Community Ment Health J*, vol. 39, n° 6, décembre 2003, p. 511-522. <PubMed>
- GOW, T. et M. MacNIVEN. « Vers la prestation de soins de santé mentale axés sur la collaboration aux Autochtones : Rapport de situation », *Initiative canadienne de collaboration en santé mentale*, Mississauga, Ontario, document de référence interne, 2005.
- GRAY, R., A. M. PARR, S. PLUMMER, T. SANDFORD, S. RITTER, R. MUNDT-LEACH, D. GOLDBERG et K. GOURNAY. « A national survey of practice nurse involvement in mental health interventions », *J Adv Nurs*, vol. 30, n° 4, octobre 1999, p. 901-906. <PubMed>
- GRAZIER, K. L., A. M. HEGEDUS, T. CARLI, D. NEAL et K. REYNOLDS. « Integration of behavioral and physical health care for a Medicaid population through a public-public partnership », *Psychiatr Serv*, vol. 54, n° 11, novembre 2003, p. 1508-1512. <PubMed> <FullText>
- GRIFFITH, J. L. « The importance of nondichotomized thinking », Dans Blount, A, éditeur. « Integrated primary care: the future of medical and mental health collaboration », New York, Norton, 1998, p. 44-62.
- HAHN, S. R. « Behavioral science curricula for general internal medicine: leading the fearful and preaching to the converted [abstract] », *European Psychiatry*, vol. 12, suppl. 2, 1997, p. 129s.
- HALES, A., J. KARSHMER, L. MONTES-SANDOVAL et A. FISZBEIN. « Preparing for prescriptive privileges: a CNS-physician collaborative model. Expanding the scope of the psychiatric-mental health clinical nurse specialist », *Clin Nurse Spec*, vol. 12, n° 2, mars 1998, p. 73-80. <PubMed>
- HAQUE, MS., P. NOLAN, R. DYKE et I. KHAN. « The work and values of mental health nurses observed », *J Psychiatr Ment Health Nurs*, vol. 9, n° 6, décembre 2002, p. 673-680. <PubMed>
- HARMON, K., V. J. CARR et T. J. LEWIN. « Comparison of integrated and consultation-liaison models for providing mental health care in general practice in New South Wales, Australia », *J Adv Nurs*, vol. 32, n° 6, décembre 2000, p. 1459-1466. <PubMed>
- HART, C. « Keeping teams together », *Nurs Times*, vol. 95, n° 37, 15-21 septembre 1999, p. 48-49. <PubMed>

- HEALTH DISPARITIES COLLABORATIVES. [2005] Disponible sur <http://www.healthdisparities.net>
- HEDRICK, S. C., E. F. CHANEY, B. FELKER, C. F. LIU, N. HASENBERG, P. HEAGERTY, J. BUCHANAN, R. BAGALA, D. GREENBERG, G. PADEN, S. D. FIHN et W. KATON. « Effectiveness of collaborative care depression treatment in Veterans' Affairs primary care », *J Gen Intern Med*, vol. 18, n° 1, janvier 2003, p. 9-16. <PubMed>
- HELDRLING, M. « Integrated primary health care for women », Dans Blount, A, éditeur. « Integrated primary care: the future of medical and mental health collaboration », New York, Norton, 1998. p. 247-260.
- HENKEL, V., R. MERGL, J. C. COYNE, R. KOHNEN, H. J. MOLLER et U. HEGERL. « Screening for depression in primary care: will one or two items suffice? », *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, vol. 254, n° 4, août 2004, p. 215-223. <PubMed>
- HERRMAN, H., T. TRAUER et J. WARNOCK. « Professional Liaison Committee (Australia) Project Team. The roles and relationships of psychiatrists and other service providers in mental health services », *Aust N Z J Psychiatry*, vol. 36, n° 1, février 2002, p. 75-80. <PubMed>
- HICKIE, I. et G. GROOM. « Primary care-led mental health service reform: an outline of the *Better Outcomes in Mental Health Care* initiative », *Australas Psychiatry*, vol. 10, n° 4, décembre 2002, p. 376-382. <Abstract>
- HOFFMAN, H. L., C. A. CASTRO-DONLAN, V. M. JOHNSON et D. R. CHURCH. « The Massachusetts HIV, hepatitis, addiction services integration (HHASI) experience: responding to the comprehensive needs of individuals with co-occurring risks and conditions », *Public Health Rep*, vol. 119, n° 1, janvier-février 2004, p. 25-31. <PubMed>
- HOLLEMAN, W. L., J. H. BRAY, L. DAVIS et M. C. HOLLEMAN. « Innovative ways to address the mental health and medical needs of marginalized patients: collaborations between family physicians, family therapists, and family psychologists », *Am J Orthopsychiatry*, vol. 74, n° 3, juillet 2004, p. 242-252. <PubMed>
- HOLLIFIELD, M. « Building new bridges in primary care [éditorial] », *Gen Hosp Psychiatry*, vol. 26, n° 4, juillet-août 2004, p. 253-255. <PubMed>
- HORDER, J. « Interprofessional collaboration and interprofessional education [éditorial] », *Br J Gen Pract*, avril 2004, vol. 54, n° 501, p. 243-245. <PubMed>
- HOWARD, M., K. TRIM, C. WOODWARD, L. DOLOVICH, C. SELLORS, J. KACZOROWSKI et J. SELLORS. « Collaboration between community pharmacists and family physicians: lessons learned from the Seniors Medication Assessment Research Trial », *J Am Pharm Assoc (Washington DC)*, vol. 43, n° 5, septembre 2003, p. 566-572. <PubMed>
- HULL, S. A., C. JONES, J. M. TISSIER, S. ELDRIDGE et D. MACLAREN. « Relationship style between GPs and community mental health teams affects referral rates », *Br J Gen Pract*, vol. 52, n° 475, février 2002, p. 101-107. <PubMed>
- HUNKELER, E. M., J. F. MERESMAN, W. A. HARGREAVES, B. FIREMAN, W. H. BERMAN, A. J. KIRSH, J. GROEBE, S. W. HURT, P. BRADEN, M. GETZELL, P. A. FEIGENBAUM, T. PENG et M. SALZER. « Efficacy of nurse telehealth care and peer support in augmenting treatment of depression in primary care », *Arch Fam Med*, vol. 9, n° 8, août 2000, p. 700-708. <PubMed> <FullText>
- HYVÖNEN, S. et M. NIKKONEN. « Primary health care practitioners' tools for mental health care », *J Psychiatr Ment Health Nurs*, vol. 11, n° 5, octobre 2004, p. 514-524. <PubMed>

- JACKSON-BOWERS, E., C. HOLMWOOD et V. WADE. « Allied health professionals providing psychological treatments in general practice settings. What options are there? », *Aust Fam Physician*, vol. 31, n° 12, décembre 2002, p. 1119-1121. <PubMed> <FullText> OU <FullText>
- JACOBSON, L., R. CHURCHILL, C. DONOVAN, E. GARRALDA et J. FAY. « Adolescent Working Party, Royal College of General Practitioners. Tackling teenage turmoil: primary care recognition and management of mental ill health during adolescence », *Fam Pract*, vol. 19, n° 4, août 2002, p. 401-409. <PubMed> <FullText>
- JACOBSON, N. et D. GREENLEY. « What is recovery? A conceptual model and explication », *Psychiatr Serv*, vol. 52, n° 4, avril 2001, p. 482-485. <PubMed> <FullText>
- JENKINS, G. C. « Collaborative care in the United Kingdom », *Prim Care*, vol. 26, n° 2, juin 1999, p. 411-422. <PubMed>
- JENKINS, G. C. « Promoting and measuring behavioral health services in family medical practices in the United Kingdom », *Families, Systems & Health*, commentaire, vol. 20, n° 4, hiver de 2002, p. 399-415.
- JENKINS, R. « Mental health and primary care-implications for policy », *International Review of Psychiatry*, vol. 10, n° 2, mai 1998, p. 158-160.
- JENKINS, R. et G. STRATHDEE. « The integration of mental health care with primary care », *Int J Law Psychiatry*, vol. 23, n° 3-4, mai et août 2000, p. 277-291. <PubMed>
- JUDD, F., J. DAVIS, G. HODGINS, J. SCOPELLITI, B. AGIN et C. HULBERT. « Rural integrated primary care psychiatry programme: a systems approach to education, training and service integration », *Australas Psychiatry*, vol. 12, n° 1, mars 2004, p. 42-47.
- KAAS, M. J., D. DEHN, D. DAHL, K. FRANK, J. MARKLEY et P. HEBERT. « A view of prescriptive practice collaboration: perspectives of psychiatric-mental health clinical nurse specialists and psychiatrists », *Arch Psychiatr Nurs*, vol. 14, n° 5, octobre 2000, p. 222-234. <PubMed>
- KANAPAU, W. « The road to integrated care: commitment is the key. Tennessee CMHC demonstrates promise of co-located behavioral and primary care », *Behav Healthc Tomorrow*, vol. 13, n°2, avril 2004, p.10-12 et 15-16. <PubMed>
- KATES, N. « Shared mental health care. The way ahead [éditorial] », *Can Fam Physician*, vol. 48, mai 2002, p. 853-855 et 859-861 [article publié en anglais et en français]. <PubMed> <FullText> OU (ANG) <FullText> (FR)
- KATES, N., M. CRAVEN, M. ATKINSON, et N. EL-GUEBALY. « How psychiatrists view their relationships with family physicians », *CPA Bulletin de l'APC*, mars 2001, p. 13-15. <FullText>
- KATES, N., A. M. CRUSTOLO, S. FARRAR et L. NIKOLAOU. « Counsellors in primary care: benefits and lessons learned », *Can J Psychiatry*, vol. 47, n° 9, novembre 2002a, p. 857-862. <PubMed>
- KATES, N., A. M. CRUSTOLO, S. FARRAR, L. NIKOLAOU, S. ACKERMAN et S. BROWN. « Mental health care and nutrition. Integrating specialist services into primary care », *Can Fam Physician*, vol. 48, décembre 2002b, p. 1898-1903. <PubMed> <FullText>
- KATON, W. J. « The Institute of Medicine "Chasm" report: implications for depression collaborative care models », *Gen Hosp Psychiatry*, vol. 25, n° 4, juillet et août 2003, p. 222-229. <PubMed>
- KATON, W. J. et E. J. LUDMAN. « Improving services for women with depression in primary care settings », *Psychology of Women Quarterly*, vol. 27, n° 2, juin 2003, p. 114-120.
- KERWICK, S. et A. TYLEE. « Continuing medical education in primary care psychiatry. Comparing the needs and wants of general practitioners », *International Review of Psychiatry*, vol. 10, n° 2, mai 1998, p. 106-109.

- KESSLER, R.C., O. DEMLER, R. JIN, E. E. WALTER, P. BERGLUND, D. KORETZ, K. R. MERIKANGAS, A.J. RUSH, P.S. WANG. « In reply » [lettre], dans : Pincus H.A. « Treatment of depression by mental health specialists and primary care physicians » [commentaire, lettre], *JAMA*, oct. 15 2003, 290 (15) : 1992 ; réponse de l'auteur 1992-3, p. 1992
- KIRCHNER, J. E., M. CODY, C. R. THRUSH, G. SULLIVAN et C. G. RAPP. « Identifying factors critical to implementation of integrated mental health services in rural VA community-based outpatient clinics », *J Behav Health Serv Res*, vol. 31, n° 1, de janvier à mars 2004, p. 13-25. <PubMed>
- KISELY, S., J. HORTON-HAUSKNECHT, K. MILLER, C. MASCALL, A. TAIT, P. WONG et R. BOSTWICK. « Increased collaboration between primary care and psychiatric services. A survey of general practitioners' views and referrals », *Aust Fam Physician*, vol. 31, n° 6, juin 2002, p. 587-589. <PubMed> <FullText>
- KNAPP, M.S. « How shall we study comprehensive, collaborative services for children and families ? Educational Researcher 1995 ; 24 :5-16
- KORDA, H. « Stakeholders speak — integrating behavioral health and primary care for treatment of depression: a scan of stakeholder experts », article soumis à l'*Office of Managed Care, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, du Department of Health and Human Services des États-Unis, Rockville, MD: National Council for Community Behavioral Healthcare*, juin 2002.  
Diffusé sur le site : <http://www.nccbh.org/html/learn/PCI/pci-stakeholder.htm>
- KRAMER, T. et M. E. GARRALDA. « Child and adolescent mental health problems in primary care », *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 6, n° 4, juillet 2000, p. 287-294. <FullText>
- KUSHNER, K., R. DIAMOND, J. W. BEASLEY, M. MUNDT, M. B. PLANE et K. ROBBINS. « Primary care physicians' experience with mental health consultation », *Psychiatr Serv*, vol. 52, n° 6, juin 2001, p. 838-840. <PubMed> <FullText>
- LACEY, I. « The role of the child primary mental health worker », *J Adv Nurs*, vol. 30, n° 1, juillet 1999, p. 220-228. <PubMed>
- LANKSHEAR, A. J. « Coping with conflict and confusing agendas in multidisciplinary community mental health teams », *J Psychiatr Ment Health Nurs*, vol. 10, n° 4, août 2003, p. 457-464. <PubMed>
- LARIVAARA, P. et A. TAANILA. « Towards interprofessional family-oriented teamwork in primary services: the evaluation of an education programme », *J Interprof Care*, vol. 18, n° 2, mai 2004, p. 153-163. <PubMed>
- LEAN, M. E. et F. G. Pajonk. « Patients on atypical antipsychotic drugs: another high-risk group for type 2 diabetes », *Diabetes Care*, vol. 26, n° 5, mai 2003, p. 1597-1605. <PubMed> <FullText>
- LEE, J., L. GASK, M. ROLAND et S. DONNAN. « Primary care led commissioning of mental health services: lessons from total purchasing », *Journal of Mental Health*, vol. 11, n° 4, août 2002, p. 431-439.
- LESTER, H., T. ALLAN, S. WILSON, S. JOWETT et L. ROBERTS. « A cluster randomised controlled trial of patient-held medical records for people with schizophrenia receiving shared care », *Br J Gen Pract*, vol. 53, n° 488, mars 2003, p. 197-203. <PubMed>
- LESTER, H., J. GLASBY et A. TYLEE. « Integrated primary mental health care: threat or opportunity in the new NHS? », *Br J Gen Pract*, vol. 54, n°501, avril 2004, p. 285-291. <PubMed>
- LESTER, H., J. Q. TRITTER et E. ENGLAND. « Satisfaction with primary care: the perspectives of people with schizophrenia », *Fam Pract*, vol. 20, n° 5, octobre 2003, p. 508-513. <PubMed>
- LICHTENBERG, P. A. et S. E. MACNEILL. « Streamlining assessments and treatments for geriatric mental health in medical rehabilitation », *Rehabilitation Psychology*, vol. 48, n° 1, février 2003, p. 56-60.



- LIN, E. H., W. KATON, M. VON KORFF, L. TANG, J. W. WILLIAMS, fils, K. KROENKE, E. HUNKELER, L. HARPOLE, M. HEGEL, P. AREAN, M. HOFFING, R. DELLA PENNA, C. LANGSTON et J. UNÜTZER, les investigateurs de l'essai IMPACT. « Effect of improving depression care on pain and functional outcomes among older adults with arthritis: a randomized controlled trial », *JAMA*, vol. 290, n°18, le 12 novembre 2003, p. 2428-2429. <PubMed>
- LIPKIN, M., fils. « Psychiatry and primary care: two cultures divided by a common cause », *New Dir Ment Health Serv*, n° 81, printemps de 1999, p. 7-15. <PubMed>
- LORENZ, A. D., L. B. MAUKSCH et B. A. GAWINSKI. « Models of collaboration », *Prim Care*, vol. 26, n° 2, juin 1999, p. 401-410. <PubMed>
- LOVELL, K., D. A. RICHARDS et P. BOWER. « Improving access to primary mental health care: uncontrolled evaluation of a pilot self-help clinic », *Br J Gen Pract*, vol. 53, n° 487, février 2003, p. 133-135. <PubMed>
- LUOMA, J. B., C. E. MARTIN et J. L. PEARSON. « Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence », *Am J Psychiatry*, vol. 159, n° 6, juin 2002, p. 909-916. <PubMed> <FullText>
- LYLES, J. S., A. HODGES, C. COLLINS, C. LEIN, C. W. GIVEN, B. GIVEN, D. D'MELLO, G. G. OSBORN, J. GODDEERIS, J. C. GARDINER et R. C. SMITH. « Using nurse practitioners to implement an intervention in primary care for high-utilizing patients with medically unexplained symptoms », *Gen Hosp Psychiatry*, vol. 25, n° 2, mars-avril 2003, p. 63-73. <PubMed>
- MCALLISTER, M. et K. WALSH. « Different voices: reviewing and revising the politics of working with consumers in mental health », *Int J Ment Health Nurs*, vol. 13, n° 1, mars 2004, p. 22-32. <PubMed>
- MCBRIDE, L., L. PILKINGTON, P. J. MURRAY et D. WHITFIELD. « Collaborative counselor and medical training at a family practice residency program: a sharing of the experience », *Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, vol. 8, n° 3, juillet 2000, p. 287-292.
- MCCABE, S. et C. L. MACNEE. « Weaving a new safety net of mental health care in rural America: a model of integrated practice », *Issues Ment Health Nurs*, vol. 23, n° 3, avril-mai 2002, p. 263-278. <PubMed>
- MCCANN, T. V. et H. BAKER. « Models of mental health nurse-general practitioner liaison: promoting continuity of care », *J Adv Nurs*, vol. 41, n° 5, mars 2003, p. 471-479. <PubMed>
- MCCRONE, P., N. K. FITZPATRICK, E. MATHIESON, D. CHISHOLM et S. NOURMAND. « Economic implications of shared care arrangements. A primary care based study of patients in an inner city sample », *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, vol. 39, n° 7, juillet 2004, p. 553-559. <PubMed>
- MCDANIEL, S. H. « Collaboration between psychologists and family physicians: implementing the biopsychosocial model », *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 26, n° 2, avril 1995, p. 117-122.
- MACDONALD, W., S. BRADLEY, P. BOWER, T. KRAMER, B. SIBBALD, E. GARRALDA et R. HARRINGTON. « Primary mental health workers in child and adolescent mental health services », *J Adv Nurs*, vol. 46, n° 1, avril 2004, p. 78-87. <PubMed>
- MACMILLAN, H. L., C. J. PATTERSON et C. N. WATHEN. « Screening for depression in primary care: recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care », *CMAJ*, vol. 172, n° 1, le 4 janvier 2005, p. 33-35. <PubMed> <FullText>
- MALCOLM, H. « A primary mental health-care model for rural Australia: outcomes for doctors and the community », *Aust J Rural Health*, vol. 8, n° 3, juin 2000, p. 167-172. <PubMed>
- MALCOLM, H. « Primary mental health-care model in rural Tasmania: outcomes for patients », *Aust J Rural Health*, vol. 10, n°1, février 2002, p. 20-25. <PubMed>

- MANN, A. et A. TYLEE. « Evaluation of change in primary care practice », *International Review of Psychiatry*, vol. 10, n° 2, mai 1998, p. 148-153.
- MANN, A. H., R. BLIZARD, J. MURRAY, J. A. SMITH, N. BOTEGA, E. MACDONALD et G. WILKINSON. « An evaluation of practice nurses working with general practitioners to treat people with depression », *Br J Gen Pract*, vol. 48, n° 426, janvier 1998, p. 875-879. <PubMed>
- MANN, A. H., A. TYLEE et R. JENKINS. *International Review of Psychiatry*, éditorial, vol. 10, n° 2, mai 1998, p. 101.
- MARION, L. N., S. BRAUN, D. ANDERSON, J. MCDEVITT, M. NOYES et M. SNYDER. « Center for Integrated Health Care: primary and mental health care for people with severe and persistent mental illnesses », *J Nurs Educ*, vol. 43, n°2, février 2004, p. 71-74. <PubMed>
- MARSHALL, E. J. et A. DEEHAN. « Needs of special groups: drug and alcohol problems », *International Review of Psychiatry*, vol. 10, n° 2, mai 1998, p. 136-138.
- MARTIN, C. M. « Making a case for transdisciplinarity [article publié en anglais et en français sous le titre : *Préconiser la transdisciplinarité*] », *Can Fam Physician*, vol. 49, juillet 2003, p. 905-908. <PubMed> <FullText> (ENG) <FullText> (FR)
- MATALON, A., T. NAHMANI, S. RABIN, B. MAOZ et J. HART. « A short-term intervention in a multidisciplinary referral clinic for primary care frequent attenders: description of the model, patient characteristics and their use of medical resources », *Fam Pract*, vol. 19, n° 3, juin 2002, p. 251-256. <PubMed> <FullText>
- MAUER, B. J., pour le *National Council for Community Behavioral Healthcare*. « Background paper: behavioral health/primary care integration models, competencies, and infrastructure », Rockville, MD, NCCBH, mai 2003, diffusé à l'adresse suivante : <http://www.nccbh.org/who/industry/Primary%20Care%20Integration/PrimaryCareDiscPaper.pdf>
- MAUER, B. J., pour le *National Council for Community Behavioral Healthcare*. « Behavioral health/primary care integration: environmental assessment tool state level policy and financing », Rockville, Maryland, NCCBH, avril 2004, diffusé à l'adresse suivante : <http://www.nccbh.org/HTML/LEARN/PCI/PCI-Enviro-Assess.pdf>
- MAYALL, E., S. OATHAMSHAW, K. LOVELL et H. PUSEY. « Development and piloting of a multidisciplinary training course for detecting and managing depression in the older person », *J Psychiatr Ment Health Nurs*, vol. 11, n° 2, avril 2004, p. 165-171. <PubMed>
- MEADOWS, G. N. « Overcoming barriers to reintegration of patients with schizophrenia: developing a best-practice model for discharge from specialist care », *Med J Aust*, vol. 178 (suppl.), le 5 mai 2003, p. S53-S56. <PubMed> <FullText>
- MELLOR-CLARK, J., J. CONNELL, M. BARKHAM et P. CUMMINS. « Counselling outcomes in primary health care: a CORE system data profile », *European Journal of Psychotherapy, Counselling & Health*, vol. 4, n° 1, avril 2001, p. 65-86. <Abstract>
- MELLOR-CLARK, J., R. SIMMS-ELLIS et M. BURTON, pour le *Royal College of General Practitioners*. « National survey of counsellors working in primary care: evidence of growing professionalisation? », Londres, *Royal College of General Practitioners*, avril 2001.
- MILDRED, H., P. BRANN, E. S. L. LUK et S. FISHER. « Collaboration between general practitioners and a child and adolescent mental health service », *Aust Fam Physician*, vol. 29, n° 2, février 2000, p. 177-181. <PubMed>

- MILES, M. L. et R. R. GOETZ. « Gatekeeping and authorization », *New Dir Ment Health Serv*, vol. 81, printemps de 1999, p. 65-73. <PubMed>
- MILLAR, E., C. GARLAND, F. ROSS, T. KENDRICK et T. BURNS. « Practice nurses and the care of patients receiving depot neuroleptic treatment: views on training, confidence and use of structured assessment », *J Adv Nurs*, vol. 29, n° 6, juin 1999, p. 1454-1461. <PubMed>
- MILLER, C. « Special needs of persons with SPMI: ensuring that persons with serious and persistent and mental illness obtain primary health care », [présentation PowerPoint, Talbott, T. N., Cherokee Health Systems], 2004. Offerte à l'adresse suivante : <http://www.nccbh.org/html/learn/PCI/04conf/C1/C1-Miller.pdf>
- MILLER, C. L., B. G. DRUSS, E. A. DOMBROWSKI et R. A. ROSENHECK. « Barriers to primary medical care among patients at a community mental health center », *Psychiatr Serv*, vol. 54, n° 8, août 2003, p. 1158-1160. <PubMed> <FullText>
- MILLER, C. L., B. G. DRUSS et R. M. ROHRBAUGH. « Using qualitative methods to distill the active ingredients of a multifaceted intervention », *Psychiatr Serv*, vol. 54, n° 4 avril 2003, p. 568-571. <PubMed> <FullText>
- MILLWARD L. J. et N. JEFFRIES. « The team survey: a tool for health care team development », *J Adv Nurs*, vol. 35, n° 2, juillet 2001, p. 276-287. <PubMed>
- MULSANT B. H., G. S. ALEXOPOULOS, C. F. REYNOLDS III, I. R. KATZ, R. ABRAMS, D. OSLIN et H. C. SCHULBERG; groupe d'étude PROSPECT. « Pharmacological treatment of depression in older primary care patients: the PROSPECT algorithm », *Int J Geriatr Psychiatry*, vol. 16, n° 6, juin 2001, p. 585-592. <PubMed>
- MURRAY J. et R. JENKINS, « Prevention of mental illness in primary health care », *International Review of Psychiatry*, vol. 10, n° 2, mai 1998, p. 154-157.
- MYNORS-WALLIS, L. M., D. H. GATH, A. DAY et F. BAKER. « Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care », *BMJ*, vol. 320, n° 7226, janvier 2000, p. 26-30. <PubMed> <FullText>
- NOLAN, P. et F. BADGER, auteurs. « Promoting collaboration in primary mental health care », *Cheltenham: Nelson Thornes*; 2002a.
- NOLAN, P. et F. BADGER. « In search of collaboration and partnership. », dans : NOLAN, P et F. BADGER, auteurs. « Promoting collaboration in primary mental health care », *Cheltenham : Nelson Thornes*; 2002b. p. 3-19.
- NOLAN, P et F. BADGER. Préface, dans : NOLAN, P et F. BADGER, auteurs. « Promoting collaboration in primary mental health care », *Cheltenham: Nelson Thornes*, 2002c. p. xi-v.
- NOLAN, P., E. MURRAY et J. DALLENDER. « Practice nurses' perceptions of services for clients with psychological problems in primary health care » *Int J Nurs Stud*, vol. 36, n° 2, avril 1999, p. 97-104. <PubMed>
- NORTHWEST TERRITORIES MEDICAL ASSOCIATION, *Northwest Territories Registered Nurses Association*. « The provision of health care in the Northwest Territories (NWT): a joint statement on health care reform in the NWT », septembre 1998. *Journal canadien de la médecine rurale*, vol. 5, n° 1, hiver 2000, p. 12-17. <FullText>

- NORTON, D, J. MEASDAY, R. GRENFELL, C. MACKAY, A. TEED et C. MACDONALD. « GP-pharmacist liaison: a rural case study », *Aust Fam Physician*, vol. 32, n° 3, mars 2003, p. 191-192. <PubMed> <FullText> OU <FullText>
- NUTTING, P. A., K. ROST, M. DICKINSON, J. J. WERNER, P. DICKINSON, J. L. SMITH et B. GALLOVIC. « Barriers to initiating depression treatment in primary care practice », *J Gen Intern Med.*, vol. 17, n° 2, février 2002, p. 103-111. <PubMed>
- OISHI, S. M., R. SHOAI, W. KATON, C. CALLAHAN, J. UNÜTZER; chercheurs de l'essai IMPACT (*Improving Mood: Promoting Access to Collaborative Treatment* – amélioration de l'humeur : promouvoir l'accès au traitement collaboratif), « Impacting late life depression: integrating a depression intervention into primary care », *Psychiatr Q.*, vol. 74, n° 1, printemps 2003, p. 75-89. <PubMed>
- ÓLAFSDÓTTIR M., J. MARCUSSON et I. SKOOG. « Mental disorders among elderly people in primary care: the Linköping study », *Acta Psychiatr Scand*, vol. 104, no 1, juillet 2001, p. 12-18. <PubMed>
- O'MALLEY, S. S., B. J. ROUNSAVILLE, C. FARREN, K. NAMKOONG, R. WU, J. ROBINSON et P. G. O'CONNOR. « Initial and maintenance naltrexone treatment for alcohol dependence using primary care vs specialty care: a nested sequence of 3 randomized trials », *Arch Intern Med*, vol. 163, n° 14, 28 juillet 2003, p. 1695-1704. <PubMed>
- OSHER, F. C. « Co-occurring addictive and mental disorders », dans : R.W. Manderscheid et M. J. Henderson, auteurs, *Mental Health, United States, 2000*; M. D. Rockville : U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Administration, Center for Mental Health Services, [2001], rapport SMA01-3537. Disponible à : <http://www.mentalhealth.samhsa.gov/publications/allpubs/SMA01-3537/chapter10.asp>
- OXMAN, T. E., A. J. DIETRICH et H. C. SCHULBERG. « The depression care manager and mental health specialist as collaborators within primary care », *Am J Geriatr Psychiatry*, vol. 11, n° 5, septembre-octobre 2003, p. 507-516. <PubMed>
- OXMAN, T. E., A. J. DIETRICH, J. W. WILLIAMS JR, K. KROENKE. « A three-component model for reengineering systems for the treatment of depression in primary care », *Psychosomatics*, vol. 43, n° 6, nov.-déc. 2002, p. 441-450. <PubMed>
- PACE, T. M., J. M. CHANEY, L. L. MULLINS et R. A. OLSON. « Psychological consultation with primary care physicians: obstacles and opportunities in the medical setting », *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 26, no 2, avril 1995, p. 123-131.
- PAPA, P. A., C. RECTOR et C. STONE. « Interdisciplinary collaborative training for school-based health professionals », *J Sch Health*, vol. 68, n° 10, décembre 1998, p. 415-419. <PubMed>
- PARTHASARATHY, S., J. MERTENS, C. MOORE et C. WEISNER. « Utilization and cost impact of integrating substance abuse treatment and primary care », *Medical Care*, vol. 41, n° 3, mars 2003, p. 357-367. <PubMed>
- PATTERSON, J., R. J. BISCHOFF et L. MCINTOSH-KOONTZ. « Training issues in integrated care », parution dans : Blount A, editor, *Integrated primary care: the future of medical and mental health collaboration*, New York : Norton, 1998, p. 261-284.
- PAXTON, R., S. SHRUBB, H. GRIFFITHS, L. CAMERON et L. MAUNDER. « Tiered approach: matching mental health services to needs », *Journal of Mental Health*, vol. 9, n° 3, avril 2000, p. 137-144.
- PEEK, C. J. et R. L. HEINRICH. « Integrating primary care and mental health in a health care organization: from pilot to mainstream », parution dans : Blount A, editor, *Integrated primary care: the future of medical and mental health collaboration*, New York : Norton, 1998, p. 167-202.

- PETERSEN, I. « Comprehensive integrated primary mental health care for South Africa. Pipedream or possibility? », *Social Science and Medicine*, vol. 51, n° 3, 1<sup>er</sup> août 2000, p. 321-334. <PubMed>
- PETERSEN, I. « Training for transformation: reorientating primary health care nurses for the provision of mental health care in South Africa », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 30, n° 4, octobre 1999, p. 907-915. <PubMed>
- PIGNONE, M. P., B. N. GAYNES, J. L. RUSHTON, C. M. BURCHELL, C. T. ORLEANS, C. D. MULROW et K. N. LOHR. « Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force », *Annals of Internal Medicine*, vol. 136, n° 10, mai 2002, p. 765-776. <PubMed> <FullText>
- PINCUS, H. A. « The future of behavioral health and primary care: drowning in the mainstream or left on the bank? », *Psychosomatics*, vol. 44, n° 1, janvier-février 2003, p. 1-11. <PubMed>
- PIRKIS, J., H. HERRMAN, I. SCHWEITZER, A. YUNG, M. GRIGG et P. BURGESS. « Evaluating complex, collaborative programmes: the Partnership Project as a case study », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 35, n° 5, octobre 2001, p. 639-646. <PubMed>
- PIRKIS, J., J. LIVINGSTON, H. HERRMAN, I. SCHWEITZER, L. GILL, B. MORLEY, M. GRIGG, A. TANAGHOW, A. YUNG, T. TRAUER et P. BURGESS. « Improving collaboration between private psychiatrists, the public mental health sector and general practitioners: evaluation of the Partnership Project », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 38, n° 3, mars 2004, p. 125-134. <PubMed>
- POLLACK, D. A. « The mental health provider's view », *New Directions in Mental Health Services*, n° 81, printemps 1999, p. 25-32. <PubMed>
- POLLIN, I. et P. H. DELEON. « Integrated health delivery systems: psychology's potential role [nouvelles] », *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 27, n° 2, avril 1996, p. 107-108.
- PRICE, D., A. BECK, C. NIMMER et S. BENSEN. « The treatment of anxiety disorders in a primary care HMO setting », *Psychiatric Quarterly*, vol. 71, n° 1, printemps 2000, p. 31-45. <PubMed>
- QUIRK, M. P., G. SIMON, J. TODD, T. HORST, M. CROSIER, B. EKORENRUD, R. GOEPFERT, N. BAKER, B. STEINFELD, M. ROSENBERG et K. STROSAHL. « A look to the past, directions for the future », *Psychiatric Quarterly*, vol. 71, n° 1, printemps 2000, p. 79-95. <PubMed>
- QURESHI, N. A., Y. S. AL-GHAMDY, N. S. AL-HADDAD, M. H. ABDELGADIR et M. H. TAWFIK. « Integration of mental health care into primary care: preliminary observations of continuing implementation phase », *Saudi Medical Journal*, vol. 22, n° 10, octobre 2001, p. 899-906. <PubMed>
- RAUE, P. J., G. S. ALEXOPOULOS, M. L. BRUCE, S. KLIMSTRA, B. H. MULSANT et J. J. GALLO. « The systematic assessment of depressed elderly primary care patients », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 16, n° 6, juin 2001, p. 560-569. <PubMed>
- RAYMOND, J., H. KIRKWOOD et J. LOOI. « Commitment and collaboration for excellence in older persons' mental health: the ACT experience », *Australas Psychiatry*, vol. 12, n° 2, juin 2004, p. 130-133. <PubMed>
- REEVES, S. « A systematic review of the effects of interprofessional education on staff involved in the care of adults with mental health problems », *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, vol. 8, n° 6, décembre 2001, p. 533-542. <PubMed>
- REILLY, S., D. CHALLIS, A. BURNS et J. HUGHES. « Does integration really make a difference? A comparison of old age psychiatry services in England and Northern Ireland », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 18, n° 10, octobre 2003, p. 887-893. <PubMed>
- REYNOLDS, C. F. III. « Meeting the mental health needs of older adults in primary care: how do we get the job done? », *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol. 10, n° 1, printemps 2003, p. 109-111. <Abstract>

- RICHARDS, A., M. BARKHAM, J. CAHILL, D. RICHARDS, C. WILLIAMS et P. HEYWOOD. « PHASE: a randomised, controlled trial of supervised self-help cognitive behavioural therapy in primary care », *British Journal of General Practice*, vol. 53, n° 495, octobre 2003, p. 764-770. <PubMed>
- RICHARDS, J. C., P. RYAN, M. P. MCCABE, G. GROOM et I. B. HICKIE. « Barriers to the effective management of depression in general practice », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 38, n° 10, octobre 2004, p. 795-803. <PubMed>
- RICKETTS, T., C. SAUL, P. NEWTON et C. BROOKER. « Evaluating the development, implementation and impact of protocols between primary care and specialist mental health services », *Journal of Mental Health*, vol. 12, n° 2, août 2003, p. 369-383. Résumé disponible à l'adresse : <http://taylorandfrancis.metapress.com/openurl.asp?genre=article&eissn=1360-0567&volume=12&issue=4&spage=369>
- ROBERTS, D. « Making the connections to aid mental health », *Nursing Times*, vol. 94, n° 15, du 15 au 21 avril 1998, p. 50-52. <PubMed>
- ROLLMAN, B. L., B. HERBECK BELNAP, C. F. REYNOLDS, H. C. SCHULBERG et M. K. SHEAR. « A contemporary protocol to assist primary care physicians in the treatment of panic and generalized anxiety disorders », *General Hospital Psychiatry*, vol. 25, n° 2, mars-avril 2003, p. 74-82. <PubMed>
- ROMANOW, R. J. et G. P. MARCHILDON. « Les services de psychologie et l'avenir des soins de santé au Canada », *Psychologie canadienne*, vol. 44, n° 4, novembre 2003, p. 283-295. <PubMed>
- ROST, K., P. NUTTING, J. SMITH, J. WERNER et N. DUAN. « Improving depression outcomes in community primary care practice: a randomized trial of the quEST intervention », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 16, n° 3, mars 2001, p. 143-149. <PubMed>
- ROST, K., P. A. NUTTING, J. SMITH et J. J. WERNER. « Designing and implementing a primary care intervention trial to improve the quality and outcome of care for major depression », *General Hospital Psychiatry*, vol. 22, n° 2, mars-avril 2000, p. 66-77. <PubMed>
- RUSSELL, G. et L. POTTER. « Mental health issues in primary healthcare », *Journal of Clinical Nursing*, vol. 11, n° 1, janvier 2002, p. 118-125. <PubMed>
- RUTTER, D., C. MANLEY, T. WEAVER, M. J. CRAWFORD et N. FULOP. « Patients or partners? Case studies of user involvement in the planning and delivery of adult mental health services in London », *Social Science and Medicine*, vol. 58, n° 10, mai 2004, p. 1973-1984. <PubMed>
- RYAN-NICHOLLS, K. D., F. E. RACHER et J. R. ROBINSON. « Providers' perceptions of how rural consumers access and use mental health services ». *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, vol. 41, n° 6, juin 2003, p. 34-43. <PubMed>
- SAITZ, R., N. J. HORTON, M. J. LARSON, M. WINTER et J. H. SAMET. « Primary medical care and reductions in addiction severity: a prospective cohort study ». *Addiction*, vol. 100, n° 1, janvier 2005, p. 70-8. <PubMed>
- SAITZ, R., M. J. LARSON, N. J. HORTON, M. WINTER et J. H. SAMET. « Linkage with primary medical care in a prospective cohort of adults with addictions in inpatient detoxification: room for improvement ». *Health Services Research*, vol. 39, n° 3, juin 2004, p. 587-606. <PubMed>
- SAMET, J. H., P. FRIEDMANN et R. SAITZ. « Benefits of linking primary medical care and substance abuse services: patient, provider, and societal perspectives ». *Archives of Internal Medicine*, vol. 161, n° 1, janvier 2001, p. 85-91. <PubMed>

- SAMET, J. H., M. J. LARSON, N. J. HORTON, K. DOYLE, M. WINTER et R. SAITZ. « Linking alcohol- and drug-dependent adults to primary medical care: a randomized controlled trial of a multi-disciplinary health intervention in a detoxification unit ». *Addiction*, vol. 98, n° 4, avril 2003, p. 509-16. <PubMed>
- SAUR, C. D., L. H. HARPOLE, D. C. STEFFENS, C. D. FULCHER, Y. PORTERFIELD, R. HAVERKAMP, D. KIVETT et J. UNÜTZER. « Treating depression in primary care: an innovative role for mental health nurses ». *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, vol. 8, n° 5, octobre 2002, p. 159-67. <Abstract>
- SAXENA, S., P. K. MAULIK, K. O'CONNELL et B. SARACENO. « Mental health care in primary and community settings: results from WHO's Project Atlas [éditorial] ». *International Journal of Social Psychiatry*, vol. 48, n° 2, juin 2002, p. 83-5. <PubMed>
- SCHAEFER, J. et C. DAVIS. « Case management and the chronic care model: a multidisciplinary role ». *Lippincotts Case Management*, vol. 9, n° 2, mars-avril 2004, p. 96-103. <PubMed>
- SCHOENBAUM, M., J. UNÜTZER, D. MCCAFFREY, N. DUAN, C. SHERBOURNE et K. B. WELLS. « The effects of primary care depression treatment on patients' clinical status and employment ». *Health Services Research*, vol. 37, n° 5, octobre 2002, p. 1145-58. <PubMed>
- SCHULBERG, H. C., C. BRYCE, K. CHISM, B. H. MULSANT, B. ROLLMAN, M. BRUCE, J. COYNE et C. F. REYNOLDS III; GROUPE PROSPECT. « Managing late-life depression in primary care practice: a case study of the Health Specialist's role », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 16, n° 6, juin 2001, p. 577-84. <PubMed>
- SCHWENK, T. L. « Diagnosis of late life depression: the view from primary care », *Biological Psychiatry*, vol. 52, n° 3, 1<sup>er</sup> août 2002, p. 157-63. <PubMed>
- SCOTT, J., T. JENNINGS, S. STANDART, R. WARD et D. GOLDBERG. « The impact of training in problem-based interviewing on the detection and management of psychological problems presenting in primary care », *British Journal of General Practice*, vol. 49, no 443, juin 1999, p. 441-5. <PubMed>
- SEBULIBA, D. et P. VOSTANIS. « Child and adolescent mental health training for primary care staff », *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, vol. 6, n° 2, avril 2001, p. 191-204.
- SECKER, J., F. PIDD et A. PARHAM. « Mental health training needs of primary health care nurses », *Journal of Clinical Nursing*, vol. 8, n° 6, novembre 1999, p. 643-52. <PubMed>
- SECKER, J., F. PIDD, A. PARHAM et E. PECK. « Mental health in the community: roles, responsibilities and organisation of primary care and specialist services », *Journal of Interprofessional Care*, vol. 14, n° 1, 1<sup>er</sup> février 2000, p. 49-58. <PubMed>
- SEDERER, L. I., J. ELLISON et C. KEYES. « Guidelines for prescribing psychiatrists in consultative, collaborative, and supervisory relationships ». *Psychiatric Services*, vol. 49, n° 9, septembre 1998, p. 1197-202. <PubMed>
- SHANLEY, E, M. JUBB et P. LATTER. « Partnership in Coping: an Australian system of mental health nursing », *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, vol. 10, no 4, août 2003, p. 431-41. <PubMed>
- SHANNON-JONES, S., A. SURRIDGE et J. BODEN. « Developing an integrated mental health nursing team », *Nursing Standard*, vol. 17, n° 27, 19-25 mars 2003, p. 41-4. <PubMed>
- SICOTTE, C., D. D'AMOUR et M. P. MOREAULT. « Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres », *Social Science and Medicine*, vol. 55, n° 6, septembre 2002, p. 991-1003. <PubMed>

- SIGEL, P. et R. LEIPER. « GP views of their management and referral of psychological problems: A qualitative study », *Psychological Psychotherapy*, vol. 77, pt 6, septembre 2004, p. 279-95. <PubMed>
- SIMON, G. E., M. VONKORFF, C. RUTTER et E. WAGNER. « Randomised trial of monitoring, feedback, and management of care by telephone to improve treatment of depression in primary care », *BMJ*, vol. 320, n° 7234, 26 février 2000, p. 550-4. <PubMed> <FullText>
- SIMPSON, S., R. CORNEY, P. FITZGERALD et J. BEECHAM. « A randomised controlled trial to evaluate the effectiveness and cost-effectiveness of counselling patients with chronic depression », *Health Technology Assessment*, vol. 4, n° 36, 2000, p. 1-83. <PubMed> <FullText>
- SOKHELA, N. E. « The integration of comprehensive psychiatric/mental health care into the primary health system: diagnosis and treatment », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 30, n° 1, juillet 1999, p. 229-37. <PubMed>
- SOROHAN, H., H. LESTER, E. HUGHES et L. ARCHER. « The role of the practice nurse in primary care mental health: challenges and opportunities », *Primary Care Psychiatry*, vol. 8, n° 2, juin 2002, p. 41-6. <Abstract> <FullText>
- SPEER, D. C. et M. G. SCHNEIDER. « Mental health needs of older adults and primary care: opportunity for interdisciplinary geriatric team practice », *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol. 10, n° 1, printemps 2003, p. 85-101. <Abstract>
- SPRUILL, J., C. BARKSDALE et D. BUSH; Education Directorate, American Psychological Association. « Interprofessional health care services in primary care settings: implications for the education and training of psychologists », Rockville, Maryland : U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)/Health Resources and Services Administration (HRSA); juin 1998. Disponible aux adresses suivantes : <http://www.apa.org/ed/samhsapdf.html> OU <http://www.apa.org/ed/samhsa.pdf>
- STAAB, J. P., C. J. DATTO, R. M. WEINRIEB, P. GARITI, M. RYNN et D. L. EVANS. « Detection and diagnosis of psychiatric disorders in primary medical care settings », *Medical Clinics of North America*, vol. 85, n° 3, mai 2001, p. 579-96. <PubMed>
- STARK, S., I. STRONACH, T. WARNE, D. SKIDMORE, A. COTTON et M. MONTGOMERY. « Teamworking in mental health: zones of comfort and challenge [rapport de recherche] », *Researching Professional Education Research Report Series*, vol. 17, 2000. (Londres : English National Board for Nursing, Midwifery and Health Visiting, 2001, 151 p.)
- STEVENS, L., A. L. KINMONTH, R. PEVELER et C. THOMPSON. « The Hampshire Depression Project: development and piloting of clinical practice guidelines and education about depression in primary health care », *Medicine Education*, vol. 31, n° 5, septembre 1997, p. 375-9. <PubMed>
- STEWART, D. et D. W. OSLIN. « Recognition and treatment of late-life addictions in medical settings », *Journal of Clinical Geropsychology*, vol. 7, n° 2, avril 2001, p. 145-58.
- STICHLER, J. F. « Developing collaborative relationships: balancing professional power in the health care environment », *AWHONN Lifelines*, vol. 2, n° 3, juin/juillet 1998, p. 53-4. <PubMed>
- STRATHDEE, G. « The severely mentally ill: working better with specialist services », *International Review of Psychiatry*, vol. 10, n° 2, mai 1998, p. 139-42. <Abstract>
- STROSAHL, K. « Integrating behavioral health and primary care services: the primary mental health care model », parution dans : Blount A, editor, *Integrated primary care: the future of medical and mental health collaboration*, New York : Norton, 1998, p. 139-66.



- STURM, R., J. UNÜTZER et W. KATON. « Effectiveness research and implications for study design: sample size and statistical power – evaluating the cost-effectiveness of improving care for depression », *General Hospital Psychiatry*, vol. 21, n° 4, juillet août 1999, p. 274-83. <PubMed>
- SWARTZ, L. et H. MACGREGOR. « Integrating services, marginalizing patients: psychiatric patients and primary health care in South Africa », *Transcultural Psychiatry*, vol. 39, n° 2, juin 2002, p. 155-72.
- TARREN-SWEENEY, M. et V. CARR. « Principles for development of multi-disciplinary, mental health learning modules for undergraduate, postgraduate and continuing education », *Education Health (Abingdon)*, vol. 17, n° 2, juillet 2004, p. 204-12. <PubMed>
- THOMAS, S. A. et T. HARGETT. « Mental health care: a collaborative, holistic approach », *Holistic Nursing Practices*, vol. 13, n° 2, janvier 1999, p. 78-85. <PubMed>
- THOMPSON, C. « Managing major depression: improving the interface between psychiatrists and primary care », *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, vol. 5, suppl. 1, 1<sup>er</sup> juin 2001, p. 11-18.
- THOMPSON, C., A. L. KINMONTH, L. STEVENS, R. C. PEVELER, A. STEVENS, K. J. OSTLER, R. M. PICKERING, N. G. BAKER, A. HENSON, J. PREECE, D. COOPER et M. J. CAMPBELL. « Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial », *Lancet*, vol. 355, n° 9199, 15 janvier 2000, p. 185-91. <PubMed>
- TRAINOR, J., E. POMEROY et B. PAPE. « A framework for support », 3<sup>e</sup> éd, Toronto : *Canadian Mental Health Association*, 2004. <FullText> OU Disponible à l'adresse suivante : <http://www.cdha.nshealth.ca/programsandservices/mhstrategicplanning/framework.pdf>
- TWILLING, L. L., M. E. SOCKELL et L. S. SOMMERS. « Collaborative practice in primary care: integrated training for psychologists and physicians », *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 31, n° 6, décembre 2000, p. 685-91.
- UNITED KINGDOM DEPARTMENT OF HEALTH. « Fast-forwarding primary mental health care: 'gateway' workers », Londres : *Department of Health*, octobre 2002. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/06/11/12/04061112.pdf>
- UNÜTZER, J., W. KATON, C. M. CALLAHAN, J. W. WILLIAMS JR., E. HUNKELER, L. HARPOLE, M. HOFFING, R. D. DELLA PENNA, P. H. NOEL, E. H. LIN, P. A. AREAN, M. T. HEGEL, L. TANG, T. R. BELIN, S. OISHI ET C. LANGSTON; investigateurs du programme IMPACT. « Improving Mood-Promoting Access to Collaborative Treatment. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial », *Journal of the American Medical Association*, vol. 288, n° 22, 11 décembre 2002, p. 2836-45. <PubMed>
- UNÜTZER, J., W. KATON, J. W. WILLIAMS JR., C. M. CALLAHAN, L. HARPOLE, E. M. HUNKELER, M. HOFFING, P. AREAN, M. T. HEGEL, M. SCHOENBAUM, S. M. OISHI et C. A. LANGSTON. « Improving primary care for depression in late life: the design of a multicenter randomized trial », *Medical Care*, vol. 39, n° 8, août 2001, p. 785-99. <PubMed>
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. « Report of a Surgeon General's working meeting on the integration of mental health services and primary health care », du 30 nov. au 1<sup>er</sup> déc. 2000, Atlanta, Géorgie. Rockville, Maryland, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General, 2001. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealthservices/mentalhealthservices.PDF>

- U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. « Screening for depression: recommendations and rationale », Rockville, Maryland, Agency for Healthcare Research and Quality, mai 2002a. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/depression/depressrr.htm>
- U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. « Screening for depression: recommendations and rationale », *Annals of Internal Medicine*, vol. 136, n° 10, 21 mai 2002b, p. 760-4. <PubMed> <FullText>
- VALIANTI, L. C. « Small project reveals large cultural barriers to integrated care », *Behavioral Healthcare Tomorrow*, vol. 13, n° 2, avril 2004, p. 19-23. <PubMed>
- VAN OS, T. W., J. ORMEL, R. H. VAN DEN BRINK, J. A. JENNER, K. VAN DER MEER, B. G. TIEMENS, W. VAN DER DOORN, A. SMIT et W. VAN DEN BRINK. « Training primary care physicians improves the management of depression », *General Hospital Psychiatry*, vol. 21, n° 3, mai-juin 1999, p. 168-76. <PubMed>
- VAN VOORHEES, B. W., L. A. COOPER, K. M. ROST, P. NUTTING, L. V. RUBENSTEIN, L. MEREDITH, N. Y. WANG et D. E. FORD. « Primary care patients with depression are less accepting of treatment than those seen by mental health specialists », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 18, n° 12, décembre 2003, p. 991-1000. <PubMed>
- VINES R. F., J. C. RICHARDS, D. M. THOMSON, M. BRECHMAN-TOUSSAINT, M. KLUIN et L. VESELY. « Clinical psychology in general practice: a cohort study », *The Medical Journal of Australia*, vol. 181, n° 2, juillet 2004, p. 74-77. <PubMed> <FullText>
- WALKER, L., P. BARKER et P. PEARSON. « The required role of the psychiatric-mental health nurse in primary health-care: an augmented Delphi study », *Nursing Inquiry*, vol. 7, n° 2, juin 2000, p. 91-102. <PubMed>
- WALKER, S. « Interprofessional work in child and adolescent mental health services », *Emotional and Behavioural Difficulties*, vol. 8, n° 3, août 2003, p. 189-204. <Abstract>
- WALKER, Z. et J. TOWNSEND. « Promoting adolescent mental health in primary care: a review of the literature », *Journal of Adolescence*, vol. 21, n° 5, octobre 1998, p. 621-634. <PubMed>
- WALSH, J. M., M. E. WHEAT et K. FREUND. « Detection, evaluation, and treatment of eating disorders: the role of the primary care physician », *Journal of General of Internal Medicine*, vol. 15, n° 8, p. 577-590. <PubMed>
- WARD, E., M. KING, M. LLOYD, P. BOWER, B. SIBBALD, S. FARRELLY, M. GABBAY, N. TARRIER et J. ADDINGTON-HALL. « Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. I: clinical effectiveness », *British Medical Journal*, vol. 321, n° 7273, 2 décembre 2000, p. 1383-1388. <PubMed> <FullText>
- WASHINGTON COUNTY MENTAL HEALTH COUNCIL. « Guiding principles for integration: mental health and primary health care (adoptés le 5 décembre 2002) », Seattle, WA, The Council, 2002. Disponible à l'adresse : <http://www.nccbh.org/html/learn/PCI/role2.pdf> ou <http://www.wcmhcnet.org/StaticContent/1/Resources/WCMHCGuidingPrinciples.htm>
- WATERS, D. B. « No one can do it alone anymore: information mastery, collaborative care, and the future of family medicine », *Families, Systems & Health*, vol. 21, n° 4, hiver 2003, p. 339-346.
- WEENE, K.A. « The psychologist's role in the collaborative process of psychopharmacology », *Journal of Clinical Psychology*, vol. 58, n° 6, juin 2002, p. 617-621. <PubMed>
- WEISNER, C., J. MERTENS, S. PARTHASARATHY, C. MOORE et Y. LU. « Integrating primary medical care with addiction treatment: a randomized controlled trial », *Journal of the American Medical Association*, vol. 286, n° 14, 10 octobre 2001, p. 1715-1723. <PubMed>

- WELLS, K.B., S. H. KATAOKA et J. R. ASARNOW. « Affective disorders in children and adolescents: addressing unmet need in primary care settings », *Biological Psychiatry*, vol. 49, n° 12, 15 juin 2001, p. 1111-1120. <PubMed>
- WELLS, K. B., C. SHERBOURNE, M. SCHOENBAUM, N. DUAN, L. MEREDITH, J. UNÜTZER, J. MIRANDA, M. F. CARNEY et L. V. RUBENSTEIN. « Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial », *Journal of the American Medical Association*, vol. 283, n° 2, 12 janvier 2000, p. 212-220. <PubMed>
- WILSON, I. et C. HOWELL. « Small group peer support for GPs treating mental health problems », *Australian Family Physician*, vol. 33, n° 5, mai 2004, p. 362-364. <PubMed> <FullText> ou <FullText>
- WRIGHT, N. M., C. N. TOMPKINS, N. S. OLDHAM et D. J. KAY. « Homelessness and health: what can be done in general practice? », *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol. 97, n° 4, avril 2004, p. 170-173. <PubMed>
- YEUNG, A., W. W. KUNG, H. CHUNG, G. RUBENSTEIN, P. ROFFI, D. MISCHOULON et M. FAVA. « Integrating psychiatry and primary care improves acceptability to mental health services among Chinese Americans », *General Hospital Psychiatry*, vol. 26, n° 4, juillet août 2004, p. 256-260. <PubMed>
- ZEISS, A. M. et D. G. THOMPSON. « Providing interdisciplinary geriatric team care: what does it really take? » *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol. 10, n° 1, printemps 2003, p. 115-119. <Abstract>
- ZILLICH A. J., R. P. MCDONOUGH, B. L. CARTER et W. R. DOUCETTE. « Influential characteristics of physician/pharmacist collaborative relationships », *The Annals of Pharmacotherapy*, vol. 38, n° 5, mai 2004, p. 764-770. Publication électronique le 18 mars 2004. <PubMed>
- ZYGOWICZ, K. M. et S. M. SAUNDERS. « A behavioral health screening measure for use with young adults in primary care settings », *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, vol. 1, n° 2, juin 2003, p. 71-77. <Abstract>



# ANNEXEA : RÉSUMÉS D'ARTICLES



# RÉSUMÉS D'ARTICLES

**ABRAHAMS, S. et O. UDWIN.** « *An evaluation of a primary care-based child clinical psychology service (évaluation d'un service de psychologie infantile clinique dans un contexte de soins primaires)* », *Child and Adolescent Mental Health*, vol. 7, n° 3, septembre 2002, p. 107-113. <Abstract>

Les chercheurs Abrahams et Udwin (2002) évaluent un service de psychologie infantile clinique dans un contexte de soins primaires à Londres, en Angleterre. L'objectif du Programme était de procurer des soins psychologiques à des enfants ayant des problèmes émotifs ou comportementaux et à leur famille, en consultation avec les équipes de soins de santé primaires. Les auteurs comparent les caractéristiques amenant les médecins de soins primaires à adresser leurs patients au Programme et les résultats cliniques de ce dernier par rapport à ceux des services de santé mentale secondaires offerts localement aux enfants. Ils livrent leurs impressions sur les médecins qui adressent leurs patients à des services de santé mentale. Dans l'ensemble, les chercheurs concluent que ce genre de programme est utile et qu'il permet de répondre à un large éventail de problèmes de santé mentale chez les enfants et les adolescents dans un contexte de soins primaires.

**AKHAVAIN, P., D. AMARAL, M. MURPHY et K. C. UEHLINGER.** « *Collaborative practice: a nursing perspective of the psychiatric interdisciplinary treatment team* » (pratique axée sur la collaboration : perspective infirmière de l'équipe de soins psychiatriques interdisciplinaire) », *Holistic Nursing Practice*, vol. 13, n° 2, janvier 1999, p. 1-11. <PubMed>

Akhavain et ses collaborateurs (1999) proposent un cadre théorique qui permet de décrire le processus dynamique qui s'établit au sein d'un système de travail comme celui d'une équipe

de soins de santé mentale dans le contexte des soins primaires. Selon ce cadre, l'effet qu'ont les méthodes de travail sur la personne qui reçoit des soins est lié à la dynamique de fonctionnement de l'équipe. Les auteurs présentent les principes de la théorie des systèmes familiaux de Bowen, laquelle est axée sur les rapports entre les individus, comme outil permettant de comprendre la collaboration interdisciplinaire de l'équipe de soins de santé mentale. Ils s'intéressent à deux importants principes en particulier : la différenciation du soi et l'anxiété chronique au sein du système. Selon la théorie de Bowen, la collaboration efficace au sein d'un système consiste à *donner* de son soi, et non à *l'abandonner*. Cela suppose que l'on soit capable de faire preuve à la fois d'assertivité et de dévouement, que l'on puisse demeurer fidèle à ses valeurs personnelles tout en travaillant à l'atteinte d'un but commun, et que l'on sache établir un équilibre entre autonomie et unité. L'issue favorable pour le patient est l'objectif commun de l'équipe, qui unit tous les membres, lesquels contribuent de façon unique au service fourni. Une collaboration positive peut émaner tant que les contributions individuelles sont considérées comme d'égale importance et d'égale valeur. Par ailleurs, la collaboration permet une responsabilité partagée. La qualité générale de la collaboration a un effet direct aussi bien sur la qualité des soins donnés au patient que sur les résultats pour ce dernier.

**ALBRECHT, P. C., E. GORMAN et F. AIKEN.** « *The promises and perils of interprofessional education : a student's view (promesses et difficultés de la formation interprofessionnelle : le point de vue étudiant)* », *Canadian Social Work Review*, vol. 6, n° 1, automne 2004, p. 9-23.

Albrecht et ses collaborateurs (2004) présentent le point de vue étudiant sur les promesses et les

A

difficultés de la formation interprofessionnelle, point de vue formé à la suite d'un examen des initiatives de cet ordre au Canada, dans le monde, et à l'Université de Toronto (1999-2001), où des efforts particuliers sont déployés afin d'implanter des programmes d'études interprofessionnelles. L'article traite de l'importance des études interprofessionnelles pour les étudiants en sciences de la santé, des difficultés que représente l'implantation de tels programmes et de l'importance du travail social dans les études interprofessionnelles. Les auteurs y présentent les obstacles que posent de telles études, lesquels expliquent pourquoi ce genre de programme ne constitue pas la norme dans toutes les universités. Les raisons pratiques à cela sont, entre autres, les conflits d'horaire (difficile, en effet, de rassembler les étudiants de différentes facultés); le fait que certains départements hésitent à couper dans leur cursus – afin de libérer du temps pour les cours de formation interprofessionnelle – alors que les étudiants ont déjà un programme d'études bien chargé; et, pour les facultés, le manque de financement et de temps pour la planification d'un programme d'études interprofessionnelles. Les auteurs proposent d'effectuer des recherches sur l'effet positif que pourraient avoir les études interprofessionnelles sur le comportement des étudiants.

**ALEXOPOULOS, G. S. et PROSPECT GROUP.** « **Interventions for depressed elderly primary care patients (prise en charge de la dépression chez les personnes âgées dans le contexte des soins primaires)** », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, (éditorial), juin 2001, vol. 16, n° 6, p. 553-559. <PubMed>

Alexopoulos et le *PROSPECT Group* (2001) s'intéressent aux arguments en faveur de la prise en charge de la dépression chez les personnes âgées dans le contexte des soins primaires, et aux conséquences que peut avoir une prise en charge inadéquate de cette maladie chez ces personnes. Les auteurs se penchent sur les défis auxquels fait face la recherche, particulièrement en ce qui concerne

les patients des soins primaires. Les premières tentatives qui visaient sur la seule formation professionnelle du médecin pour améliorer les soins n'ont pas permis d'améliorer ni la conduite du médecin ni les résultats pour le patient. Des lignes directrices pour le traitement peuvent se révéler utiles, dans la mesure où elles peuvent influencer le processus de prise en charge et les résultats cliniques; or, ces derniers varient en fonction de la manière dont le médecin observe effectivement ces lignes directrices. Des recherches sur des actions spécifiques, comme l'utilisation d'outils informatisés ou encore la rencontre avec les spécialistes, visent à réduire les obstacles à la reconnaissance et à la prise en charge de la dépression.

**ALKIN, T., Z. TUNCA, B. YEMEZ et A. GOGUS.** « **Training course for primary care physicians and medical students in the management of depression (stage de formation en traitement de la dépression destiné aux médecins des soins primaires et aux étudiants en médecine)** », *European Neuropsychopharmacology*, (présentation sous forme d'affiche), avril 1996, vol. 6, n° 1, supplément 1, p. S1/23-S1/24.

Alkin et ses collaborateurs (1996) commentent un cours de formation sur la prise en charge de la dépression donné à des médecins de soins primaires et à des étudiants en médecine en Turquie. Au cours d'une séance d'une demi-journée – séance comprenant un pré- et un post-test –, des étudiants et des médecins ont reçu une trousse d'apprentissage qui comprenait une vidéo éducative et un jeu de diapositives didactiques, et des livrets sur la reconnaissance, le traitement pharmacologique et la prise en charge générale de la dépression. Les étudiants et les médecins avaient les mêmes idées concernant les causes de la dépression, le même intérêt pour les problèmes de santé mentale et les mêmes croyances en ce qui a trait au traitement des troubles mentaux, et ils ont fait la même évaluation de l'efficacité de la prise en charge des troubles mentaux. Les auteurs de



l'étude n'évaluent pas le succès à long terme de ce type de programme de formation.

**AMERICAN ASSOCIATION OF COMMUNITY PSYCHIATRISTS.** « **Position statement on interface and integration with primary care providers (énoncé de position sur l'interaction avec les prestataires de soins de santé primaires et l'intégration des soins de santé mentale dans ce contexte)** », (approuvé le 10 octobre 2002), Dallas (Texas), 2002. Disponible à l'adresse : <http://www.comm.psych.pitt.edu/finds/PCPMenu.html> ou <http://www.comm.psych.pitt.edu/finds/primarycare.pdf>

L'American Association of Community Psychiatrists (2002) énonce certains principes de formation qui devraient orienter le processus d'atteinte des objectifs en matière de soins de santé mentale intégrés dans le contexte des soins primaires :

- ∞ les psychiatres et les autres professionnels de la santé mentale qui travaillent en milieu communautaire doivent être au fait de la culture clinique des soins primaires et des types de troubles mentaux qu'on y rencontre;
- ∞ les programmes de formation en santé comportementale devraient permettre de former la plupart de ses prestataires à comprendre comment collaborer et communiquer le plus efficacement possible avec leurs collègues des soins primaires, surtout lorsqu'il s'agit des soins apportés aux personnes atteintes d'une maladie mentale grave et persistante;
- ∞ ces mêmes programmes devraient permettre de désigner et de former certains cliniciens qui sont plus à même de collaborer avec les prestataires de soins primaires et de les consulter, soit selon un modèle de consultation regroupée, soit par le biais d'un programme d'intégration des soins en santé comportementale.

**ANDERSON, G. L. et D. W. LOVEJOY.** « **Predocctoral training in collaborative primary care : an exam room built for two (stage de formation au doctorat en soins primaires axés sur la collaboration : une salle d'examen conçue pour deux)** », *Professional Psychology: Research and Practice*, décembre 2000, vol. 31, n° 6, p. 692-697.

Les chercheurs Anderson et Lovejoy (2000) décrivent un stage de formation que des étudiants au doctorat en psychologie et des résidents de médecine familiale ont effectué dans une clinique de consultation externe en Virginie. Les auteurs relèvent certains éléments incitatifs qui permettraient de convaincre un établissement de soins primaires – où les prestataires sont très occupés – d'offrir des stages : par exemple, la possibilité d'avoir recours aux services d'un étudiant résident en médecine une journée de plus par semaine, pour qu'il voit des patients et qu'il aide le personnel infirmier à traiter des requêtes urgentes et des cas difficiles. Les auteurs décrivent également quelques-uns des outils utilisés pour évaluer le programme, dont un test d'évaluation des croyances du médecin, le *Physician Belief Scale*, un outil d'auto-évaluation fiable conçu pour évaluer les croyances du médecin au sujet des aspects psychosociaux liés au traitement du patient, et le « *Anchored Ratings for Therapists* » d'Oetting et Michaels, qui sert à mesurer les aptitudes d'évaluation et d'intervention.

**ANFINSON, T. J. et J. R. BONA.** « **A health services perspective on delivery of psychiatric services in primary care including internal medicine (point de vue des services de santé sur les services psychiatriques offerts dans un contexte de soins primaires qui incluent la médecine interne)** », *The Medical Clinic of North America*, mai 2001, vol. 85, n° 3, p. 597-616. <PubMed>

Les auteurs Anfinson et Bona (2001) étudient les répercussions sur la médecine interne des progrès récents dans le domaine de la physiopathologie et du traitement des troubles

A

psychiatriques. Aussi pratique qu'un petit abécédaire, cet article présente un survol des besoins actuels en santé mentale et des pratiques exemplaires émergentes dans les soins de santé mentale en contexte de soins primaires. Les modèles actuels de soins de santé intégrés sont passés en revue et organisés suivant l'ordre hiérarchique des interventions psychiatriques dans le contexte des soins primaires : soins habituels apportés par les prestataires de soins de santé primaires, soins habituels avec consultation psychiatrique, élaboration d'outils d'examen psychiatrique en soins primaires, élaboration de directives de prise en charge fondées sur l'expérience clinique, augmentation de la diffusion et de la mise en œuvre de ces directives, et création de modèles de soins axés sur la collaboration.

**ANTHONY, W. A. « A recovery-oriented service system: setting some system level standards (système de services en santé mentale orienté vers le rétablissement du patient : mise en place de normes) », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, automne 2000, vol. 24, n° 2, p. 159-168.**

Le chercheur W. A. Anthony (2000) présente un ensemble de normes pour un système de services en santé mentale orienté vers le rétablissement du patient. En s'appuyant sur les témoignages d'usagers de soins de santé mentale au sujet de leur expérience de rétablissement, les systèmes de services ont commencé à reconnaître le phénomène du rétablissement et à réorienter la prestation des services de manière à mieux affirmer la possibilité du rétablissement pour les personnes atteintes de maladie mentale. L'auteur avance quelques hypothèses concernant le processus de rétablissement qui pourraient orienter la mise sur pied d'un système de services, définit les services essentiels au système orienté vers le rétablissement, décrit les caractéristiques d'un tel système et présente un survol de la recherche sur les systèmes.

**APPLETON, P. L. et S. HAMMOND-ROWLEY. « Addressing the population burden of child and adolescent mental health problems: a primary care model (relever le défi du fardeau social des problèmes de santé mentale chez les adolescents et les enfants : un modèle de soins primaires) », *Child and Adolescent Mental Health*, février 2000, vol. 5, n° 1, p. 9-16. <Abstract>**

Les auteurs Appleton et Hammond-Rowley (2000) décrivent un modèle écologique de soins de santé mentale dans le contexte des soins primaires chez les enfants et les adolescents, lequel a été conçu pour réduire, dans la population galloise, le fardeau généré par la maladie mentale chez les jeunes. Suivant ce modèle, des spécialistes en santé mentale travaillant en milieu de soins primaires se concentreraient sur les objectifs d'une population spécifique axés sur les besoins particuliers d'une collectivité donnée, plutôt que d'offrir un service de soins secondaires pour une plus vaste zone géographique (le schéma proposé est donc celui « d'accompagnement » ou de « liaison »). L'infrastructure auxiliaire affecterait des spécialistes à tous les points de prestation de soins primaires, à l'intérieur d'une zone géographique réduite, à savoir tous les cabinets d'omnipraticiens et toutes les écoles qui reçoivent des individus des groupes d'âge ciblés. On encouragerait alors la collaboration entre professionnels d'une même zone. Les auteurs décrivent également une évaluation ultérieure du programme.

**ARAYA, R., G. ROJAS, R. FRITSCH, J. GAETE, M. ROJAS, G. SIMON et T. J. PETERS. « Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile : a randomised controlled trial (traiter la dépression dans un contexte de soins primaires à Santiago au Chili, chez des femmes ayant un faible revenu : une étude à répartition aléatoire) », *Lancet*, 22 mars 2003, vol. 361, n° 9362, p. 995-1000. <PubMed>**

Araya et ses collaborateurs (2003) ont mené une étude à répartition aléatoire sur la prise en charge de la dépression dans un contexte de soins primaires au Chili, chez des femmes ayant un faible revenu. Ils comparent les résultats obtenus dans le cadre d'un programme de soins échelonné – un projet trimestriel à composantes multiples dirigé par un travailleur de la santé sans formation médicale – à ceux obtenus dans le contexte des soins primaires habituels. Une évaluation était faite au début de l'étude, après trois mois et après six mois. Les conclusions de l'étude ont révélé qu'un grand nombre de femmes ont rempli les évaluations finales et qu'il existait des différences considérables entre les groupes étudiés, dont des résultats supérieurs avec le programme échelonné pour toutes les évaluations.

**ARTHUR A.J., C. JAGGER, J. LINDESAY et R. J. MATTHEWS. « Evaluating a mental health assessment for older people with depressive symptoms in general practice: a randomised controlled trial (analyse de l'évaluation de la santé mentale chez des personnes âgées présentant des symptômes de dépression, dans le cadre de la pratique générale : une étude à répartition aléatoire) », *British Journal of General Practice*, mars 2002, vol. 52, n° 476, p. 202-207. <PubMed>**

Arthur et son équipe (2002) présentent les conclusions d'une étude à répartition aléatoire sur l'efficacité de la prise en charge des personnes âgées atteintes d'une dépression mineure en Angleterre. Dans cette étude, une équipe

communautaire de soins en santé mentale offrait une évaluation de suivi ou les soins habituels aux participants ayant obtenu des résultats supérieurs à un seuil spécifique lors d'un examen de santé administré à tous les patients âgés de plus de 75 ans, dans le cadre d'une importante pratique générale. Les conclusions indiquent que l'intervention n'améliore pas de manière efficace les résultats pour les patients âgés, bien que ces conclusions aient pu être faussées étant donné certaines restrictions relatives au suivi additionnel effectué par l'équipe communautaire. L'organisme de financement pouvait limiter le suivi additionnel à celui procuré par l'omnipraticien du patient après l'évaluation. Les auteurs recommandent que les professionnels en santé mentale offrent aux praticiens des soins primaires une formation pour traiter les patients âgés dépressifs.

**ATKIN, K. et N. LUNT. « The role of the practice nurse in primary health care : managing and supervising the practice nurse resource (le rôle du personnel infirmier praticien dans un contexte de soins primaires : gestion et supervision des ressources humaines) », *Journal of Nursing Management*, mars 1996, vol. 4, n° 2, p. 85-92. <PubMed>**

Atkin et Lunt (1996) étudient la gestion et la supervision du personnel infirmier praticien, dans le contexte des soins primaires, afin de déterminer comment les infirmières et infirmiers, les omnipraticiens et le personnel chargé de la gestion et de la planification des services infirmiers communautaires perçoivent le rôle du personnel infirmier. La nature de ce rôle, les principes de supervision, la responsabilité dans le travail, la nécessité et le rôle de la formation et des études, le rapport des infirmières et infirmiers praticiens avec les autres membres du personnel infirmier de la collectivité, et les avantages perçus qu'a le personnel infirmier praticien pour les patients sont autant de thèmes explorés dans cet article. Divers intervenants participant à l'étude ont soulevé différents problèmes relatifs à la pratique des infirmières et infirmiers praticiens. Ces derniers eux-mêmes souhaiteraient jouer un

A

rôle plus important dans l'avenir, et désireraient bénéficier d'un meilleur soutien affectif et administratif de la part de l'omnipraticien dont ils relèvent; ils ne percevaient aucun problème concernant le degré de supervision clinique, et n'étaient pas vraiment intéressés par les questions de gestion plus générale. De la même façon, les omnipraticiens ne se sont pas montrés préoccupés par la question de la supervision clinique, mais ont révélé leurs inquiétudes à propos des tâches administratives et de l'encadrement; ils étaient ouverts à recevoir du soutien externe pour l'établissement de meilleurs rapports formels employés-employeur avec le personnel infirmier stagiaire. Les organismes d'achat et de financement se sont montrés intéressés à mettre sur pied des services de santé intégrés et efficaces dans le contexte des soins de santé primaires, à voir à ce que les infirmières et infirmiers praticiens reçoivent une formation adéquate, et à ce qu'il y ait une répartition équitable de cette ressource infirmière.

**BADGER, F. et P. NOLAN. « General practitioners' perceptions of community psychiatric nurses in primary care (perceptions des omnipraticiens à l'égard des infirmiers et infirmières psychiatriques communautaires dans le contexte des soins primaires) », *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, décembre 1999, vol. 6, n° 6, p. 453-459. <PubMed>**

Badger et Nolan (1999) explorent la façon dont les médecins omnipraticiens perçoivent le travail des infirmières et infirmiers psychiatriques communautaires. Depuis les années 50, ces derniers ont travaillé dans la collectivité avec des psychiatres et d'anciens patients d'hôpitaux psychiatriques, dans le contexte des soins primaires, dans le centre de l'Angleterre. Ils sont devenus des professionnels au cours des années 70, et leur fonction dans le contexte des soins primaires est devenue plus importante : en effet, ils ont commencé à offrir des consultations, des thérapies et de l'information sur la santé mentale aux personnes aux prises avec des problèmes affectifs. Cette étude a révélé que

les omnipraticiens sondés ont une opinion favorable quant au travail infirmier psychiatrique communautaire, et croient en l'importance de son rôle. Les auteurs décrivent un ensemble de liens possibles à établir entre ces infirmières et infirmiers et le milieu des soins primaires : ils ont travaillé dans les soins primaires et secondaires (en santé mentale), ont eu un contact journalier, hebdomadaire ou mensuel avec le milieu des soins primaires; ils organisent parfois des séances cliniques dans des établissements de soins primaires; ou encore, ils ont assisté à des réunions de cabinet ou aux réunions d'examen des cas. Les auteurs soulignent que la recherche qui indiquerait quels sont les meilleurs modèles de pratique parmi ceux énumérés demeure insuffisante.

**BADGER, F. et P. NOLAN. « What have we learned and where do we go from here? (Qu'avons-nous appris jusqu'à maintenant? vers où devrions-nous nous diriger à présent?) », dans *Promoting collaboration in primary mental health care* de P. Nolan et F. Badger (éditeurs), Cheltenham, Nelson Thornes, 2002, p. 248-264.**

Dans le chapitre 16 de leur ouvrage intitulé *Promoting collaboration in primary mental health care*, les chercheurs Badger et Nolan (2002) traitent, de manière concise, des problèmes clés que posent les soins axés sur la collaboration, mis en évidence dans divers programmes de collaboration, en mettant en lumière les principes de base, les éléments essentiels, les modes et les résultats de la collaboration. Ils se penchent aussi sur un modèle de collaboration productive qui inclut une composante de collaboration axée sur la personne et une autre axée sur l'organisme. Les trois éléments de la composante « personne » sont : l'attention accordée à l'utilisateur, les caractéristiques du prestataire de services et les compétences professionnelles; et ceux de la composante « organisme » : le climat organisationnel, la formation et l'éducation, et les politiques de l'organisme.

**BADGER, L., H. ROBINSON et T. FARLEY.** « **Management of mental disorders in rural primary care : a proposal for integrated psychosocial services (prise en charge des troubles mentaux dans le contexte des soins primaires en milieu rural : proposition de services psychosociaux intégrés)** », *The Journal of Family Practice*, octobre 1999, vol. 48, n° 10, p. 813-818. <PubMed>

Badger et ses collaborateurs (1999) proposent un modèle de soins intégrés qui inclurait l'offre de services psychosociaux dans le contexte des soins primaires, au sein des collectivités rurales. En rappelant les défis que doivent affronter les praticiens des soins primaires en milieu rural, les auteurs présentent les avantages que comporte le fait d'avoir un intervenant psychosocial qui travaillerait au service de praticiens des soins primaires et de la collectivité elle-même, afin de répondre aux besoins des résidents ruraux atteints de maladie mentale. Ces derniers ne considèrent pas leurs problèmes comme étant strictement de nature psychiatrique et désirent obtenir des réponses plus holistiques. Des travailleurs sociaux suffisamment qualifiés pour assurer la gestion des cas peuvent donc se révéler les intervenants idéaux pour cette clientèle. Enfin, Badger et ses collaborateurs proposent que les médecins des soins primaires fassent preuve de leadership pour mettre en place, dans leur collectivité, ce type de ressource.

**BADGER, L. W., B. ACKERSON, F. BUTTELL et E. H. RAND.** « **The case for integration of social work psychosocial services into rural primary care practice (arguments en faveur d'une intégration des services psychosociaux fournis par le travailleur social dans le contexte des soins primaires en milieu rural)** », *Health & Social Work*, février 1997, vol. 22, n° 1, p. 20-29. <PubMed>

Badger et ses collaborateurs (1997) présentent des arguments en faveur de la collaboration entre travailleurs sociaux et médecins de soins primaires en milieu rural, quand il s'agit de soins de santé généraux et de soins de

santé mentale. Les chercheurs ont étudié les perceptions des médecins de soins primaires en milieu rural en ce qui concerne la qualité de leurs expériences passées avec des travailleurs sociaux, la pertinence d'intégrer les services sociaux dans leur pratique, les types de services de collaboration que les travailleurs sociaux peuvent offrir ainsi que l'étendue de ces services. Les auteurs soulignent que le travail social et les soins primaires sont similaires en ce qu'ils mettent tous deux l'accent sur la continuité des soins et veillent à ce que les soins de santé généraux et de santé mentale soient complets. Le service socio-médical, l'une des spécialités médicales les plus anciennes – qui remonte à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle – a toujours été préoccupé par la nécessité de porter attention à l'interaction des forces et des conditions sociales sur la santé. Toutefois, étant donné que le rôle des travailleurs sociaux n'a pas toujours été clairement défini, les chercheurs ont tenté de déterminer quels sont les services offerts par le travailleur social que les médecins apprécient. Les conclusions de l'étude montrent que les médecins qui ont exprimé un intérêt pour la mise en œuvre de soins de santé axés sur la collaboration (30 pour cent, soit 27 sur 91) se distinguaient des autres médecins répondants (60 pour cent) au regard des caractéristiques de leur pratique, de leur attitude face aux travailleurs sociaux et de l'appui qu'ils manifestent à l'égard du rôle de ces derniers. Ces médecins traitaient un nombre significativement plus élevé de patients, avaient la plus basse proportion de patients âgés de plus de 65 ans et considéraient qu'il serait utile d'accroître la participation du travailleur social, notamment dans les activités de consultation, de l'éducation du patient, de l'aide financière, de la facilitation des transitions et de la gestion des cas.

**BALDWIN, C.** « **Community pharmacy 2009: would you believe it? (les pharmacies en 2009... le croiriez-vous?)** », *Chemist and Druggist, (Angleterre)*, novembre 1999, vol. 6, n° 252, p. 26 et 28.

Baldwin (1999) spéculé sur l'évolution que prendra selon lui le rôle du pharmacien dans les

B

soins primaires, en Grande-Bretagne, en 2009 : lorsque la mise en place de groupes de soins primaires et de services sociaux ré-organisés permettra au pharmacien de devenir un partenaire dans la planification et la prestation de soins de santé. À titre de prestataire, le pharmacien pourra agir sur deux fronts : le front faisant appel à sa connaissance approfondie des médicaments et le front faisant appel à ses aptitudes interpersonnelles acquises auprès des patients et des médecins. De plus, les pharmaciens ont d'excellentes compétences stratégiques et de planification, susceptibles de faire progresser les soins primaires. Dans le cadre de leur pratique, les pharmaciens assument la promotion de la santé et veillent à l'éducation du public à titre de membres à part entière du continuum de santé local. Enfin, ils ont souvent l'espace nécessaire pour mettre en place des centres et des cliniques de consultation sans rendez-vous.

**BARNES, D., J. CARPENTER et D. BAILEY.**  
**« Partnerships with service users in interprofessional education for community mental health: a case study (partenariats avec les usagers des services dans le cadre de la formation interprofessionnelle en soins de santé mentale communautaires) », *J Interprof Care*, vol. 14, n° 2, mai 2000, p. 189-200.**  
**<Abstract>**

Barnes et ses collaborateurs (2000) présentent une étude de cas informative sur la participation des personnes confrontées à des défis en santé mentale (qu'ils appellent les usagers) à un programme de formation interprofessionnelle en soins de santé mentale communautaires. Les usagers et les prestataires de soins ont participé à l'élaboration, à la présentation et à l'évaluation d'un programme d'études universitaires supérieures offert en Angleterre, qui soutient la participation des usagers depuis plus de dix ans. Les auteurs décrivent l'évolution des modèles de participation des usagers pendant la période allant des approches consuméristes au début des années 90 à l'intérêt prédominant pour l'autonomisation

au milieu des années 90 et, plus récemment, à l'influence croissante des intervenants comme partenaires. « Le concept de partenariat reconnaît la différence de pouvoir sans requérir l'égalité. Au contraire, il nécessite une entente négociée sur les rôles et les responsabilités et la compréhension de qui détient le pouvoir [...] L'important c'est que la voix des usagers soit entendue, que leur (sic) position soit appréciée et que leur (sic) opinion soit prise en compte. » [Traduction] (p. 190). Une liste exhaustive et perspicace des résultats de la formation interprofessionnelle déterminés par les usagers indique quel devrait être le contenu des programmes de formation qui favorisent la pratique en collaboration et ce que les gens devraient attendre de cette pratique. Les auteurs font état de partenariats touchant la culture, les valeurs, les rôles et les responsabilités. Dans l'ensemble, ils concluent que des preuves convaincantes montrent que ces partenariats ajoutent de la valeur au processus de formation interprofessionnelle.

**BARRETT, G., R. GREENWOOD et K. ROSS.** « Integrating interprofessional education into 10 health and social care programmes (intégration de la formation interprofessionnelle dans dix programmes de soins de santé et de soins sociaux) », *J Interprof Care*, vol. 17, n° 3, août 2003, p. 293-301. **<PubMed>**

Barrett et ses collaborateurs (2003) font état de la mise en œuvre de modules interprofessionnels dans dix programmes de formation interprofessionnelle de premier cycle contingentés à l'Université de l'Est de l'Angleterre en 2000. Cette mise en œuvre prend sa source dans une nouvelle politique émise en Angleterre qui demande la collaboration entre les organismes d'éducation et les organismes de pratique. Les auteurs donnent une bonne description des processus utilisés pour l'élaboration du nouveau programme et du programme d'études dont pourraient se servir d'autres groupes qui envisagent ce type de changement. En outre, plusieurs défis relevés

au cours de la mise en œuvre sont examinés en détail : former des groupes d'étudiants de diverses disciplines lorsque le nombre d'étudiants n'est pas le même pour toutes les disciplines, élaborer et choisir des scénarios appropriés, former l'équipe de professeurs qui présentera les modules, fournir des ressources pour les sources d'apprentissage interprofessionnel et le soutien aux étudiants, intégrer les acquis scolaires des étudiants et faciliter la présentation des modules interprofessionnels. Certaines modifications résultant des évaluations préliminaires sont aussi présentées.

**BARTELS, S. J. et coll.; chercheurs de l'essai PRISM-E. « Improving access to geriatric mental health services: a randomized trial comparing treatment engagement with integrated versus enhanced referral care for depression, anxiety, and at-risk alcohol use (amélioration de l'accès aux services de santé mentale gériatriques : un essai à répartition aléatoire comparant l'engagement dans le traitement de la dépression, de l'anxiété et de la consommation d'alcool à risque dans un contexte de soins intégrés par rapport à l'orientation du patient vers des soins spécialisés) », *Am J Psychiatry*, vol. 161, n° 8, août 2004, p. 1455-1462. <PubMed>**

Bartels et ses collaborateurs (2004) ont mené un essai comparatif à répartition aléatoire, appelé essai *PRISM-E*, qui comparait l'engagement dans le traitement selon deux modèles de services de santé mentale gériatriques. Le premier modèle consistait à orienter les patients vers des services spécialisés de santé mentale dont le coût et le transport étaient facilités au cours du processus d'orientation. Le second modèle consistait à orienter les patients vers des services de santé mentale intégrés aux soins de santé primaires. L'engagement dans le traitement était plus important (p. ex., nombre plus élevé de visites, plus de visites à des moments opportuns dès le premier contact) chez les patients traités selon le second modèle de soins. La distance entre les services de santé mentale et l'établissement

de soins de santé primaires était un indicateur important du degré d'engagement.

**BASHIR, K. et coll. « The evaluation of a mental health facilitator in general practice: effects on recognition, management, and outcome of mental illness (l'évaluation d'un facilitateur en soins de santé mentale œuvrant auprès des omnipraticiens : effets sur la reconnaissance, le traitement et l'évolution de la maladie mentale) », *Br J Gen Pract.*, vol. 50, n° 457, août 2000, p. 626-629. <PubMed>**

Bashir et ses collaborateurs (2000) examinent le placement d'un facilitateur en soins de santé mentale auprès d'omnipraticiens pour vérifier si la facilitation des soins a modifié la reconnaissance, le traitement et l'évolution de la maladie mentale. La facilitation des soins avait déjà été utilisée pour les maladies physiques, mais non pour les maladies mentales. Un facilitateur en soins de santé établit un contact personnel avec un médecin local afin d'encourager les bonnes pratiques et une meilleure organisation des services. Dans ce cas-ci, les facilitateurs en soins de santé n'étaient pas des spécialistes. Ils ont rencontré six omnipraticiens sur une période de 18 mois afin de leur faire des recommandations et d'organiser des activités de formation. Ces omnipraticiens ont été comparés à six témoins. La reconnaissance et le traitement de la maladie mentale, les actes et les examens médicaux et l'évolution de l'état de santé du patient à quatre mois ont été évalués avant et après l'intervention. Le facilitateur en soins de santé mentale a amélioré la reconnaissance de la maladie mentale par le médecin, mais n'a eu aucun effet apparent sur le traitement de la maladie ou l'évolution de l'état de santé du patient. L'étude a montré qu'il était possible de former des facilitateurs non spécialisés afin qu'ils puissent intervenir dans le contexte des soins de santé mentale, mais l'absence d'effets sur le traitement et l'évolution de l'état du patient semble indiquer le besoin de perfectionner cette approche.

B

**BATEMAN, H., P. BAILEY et H. McLELLAN. « Of rocks and safe channels: learning to navigate as an interprofessional team (apprendre à naviguer entre les écueils et en eau calme au sein d'une équipe interprofessionnelle) », *J Interprof Care*, vol. 17, n° 2, mai 2003, p. 141-150. <PubMed>**

Bateman et ses collaborateurs (2003) ont utilisé une approche ethnographique pour étudier l'établissement d'une équipe interdisciplinaire de soins de santé primaires en Angleterre. Cinq principes de constitution d'une équipe ont été utilisés comme guide : embaucher des professionnels possédant une expérience et des compétences pertinentes dans d'autres domaines que les soins de santé primaires; utiliser un style de gestion horizontale; inciter les membres de l'équipe à être curieux et les soutenir à l'aide d'encouragement et d'outils d'apprentissage; inciter les membres de l'équipe à utiliser des aptitudes et des compétences particulières pour améliorer la prestation des soins; établir des relations respectueuses et responsables avec les patients afin qu'ils puissent jouer un rôle véritable dans l'évolution des services de soins de santé et de l'équipe de soins. Les auteurs font état de plusieurs défis relevés durant la première année de fonctionnement de l'équipe.

**BAZELON CENTER FOR MENTAL HEALTH LAW. « Get it together: how to integrate physical and mental health care for people with serious mental disorders (s'organiser : comment intégrer les soins de santé physique aux soins de santé mentale chez les personnes atteintes d'une maladie mentale grave) », Washington, DC: The Center, 2004. Sommaire disponible à : <http://www.bazon.org/issues/general/publications/getittogether/execsumm.htm> OU <http://www.bazon.org/issues/general/publications/getittogether/execsummary.pdf>**

Le rapport exhaustif du Bazelon Center for Mental Health Law (2004) explique comment intégrer les soins de santé physique aux soins de

santé mentale chez les personnes atteintes d'une maladie mentale grave. Bien que le rapport traite principalement des soins aux adultes, il porte également sur les soins aux enfants atteints de troubles graves du comportement. L'examen de la documentation a porté sur les affections concomitantes aux maladies mentales. Un cadre de travail cernant les obstacles à l'intégration est utilisé pour analyser les modèles américains de prestation de services visant à intégrer les soins comportementaux aux soins de santé physique. Des modèles de contrats sont présentés, et les questions de politique sont décrites de façon détaillée.

**BELLMAN, L. « Evaluation of a multi-professional mentoring scheme in primary health care [research report] (évaluation d'un programme multiprofessionnel de mentorat en soins de santé primaires [rapport de recherche]) », *J Interprof Care*, vol. 17, n° 4, novembre 2003, p. 402-403. <PubMed>**

Bellman (2003) décrit un programme de mentorat pour les professionnels des soins de santé primaires et le personnel administratif qui encourageait les personnes chevronnées à transmettre leurs connaissances et leur savoir-faire, offrait soutien et encouragement entre personnes déterminant les besoins en perfectionnement professionnel et dressant un plan pour répondre à ses besoins et créait un environnement propice à l'apprentissage au sein d'un groupe multiprofessionnel. Des mentors ont été formés et ont assisté régulièrement à des séances d'apprentissage pratique à l'intention d'un groupe multiprofessionnel. Les participants pouvaient choisir leur mentor et assistaient à six séances de mentorat d'une heure et demie. Les éléments d'évaluation comprenaient un examen de l'expérience personnelle du programme de mentorat, la détermination des résultats de la participation au programme et les changements ou les faits nouveaux survenus dans le cadre du programme. Les résultats provenant d'un échantillon de 52 personnes choisies à dessein pour refléter l'éventail des disciplines visées par le programme ont montré que les mentors



et les mentorés ont trouvé que les expériences d'apprentissage étaient instructives, favorisaient l'autonomie, apportaient un soutien pour relever les défis personnels et professionnels, stimulaient la collaboration et engendraient l'engagement envers le programme évolutif.

**BERARDI, D. et coll. « The Bologna Primary Care Liaison Service: first year evaluation (le Service de liaison des soins de santé primaires de Bologne : évaluation de la première année) », *Community Ment Health J*, vol. 38, n° 6, décembre 2002, p. 439-445. <PubMed>**

Berardi et ses collaborateurs (2002) commentent l'évaluation de la première année de fonctionnement du Service de liaison des soins de santé primaires de Bologne. La politique nationale de l'Italie exige que les centres communautaires de santé mentale, qui fournissent les soins primaires, offrent des services de liaison et de consultation aux médecins de premier recours dans leur secteur. Plus du tiers des omnipraticiens ont participé au cours de la première année. Dans l'ensemble, les réseaux de soins de santé primaires et de soins de santé mentale sont bien répartis dans le pays, mais sont mal coordonnés. Le Service de liaison des soins de santé primaires de Bologne, dont le personnel était composé de deux psychiatres et d'un psychologue et qui était ouvert deux jours par semaine, recevait des clients recommandés par des omnipraticiens locaux. Il offrait une évaluation diagnostique, des interventions en soins partagés et des activités de liaison et de consultation entre les psychiatres et les omnipraticiens pour le traitement des cas et les activités de formation. Dans l'ensemble, le service a été bien apprécié, et les patients et les omnipraticiens l'ont trouvé efficace.

**BINDMAN, J. et coll. « Primary and secondary care for mental illness: impact of a link worker service on admission rates and costs (soins de santé primaires et secondaires pour les personnes atteintes d'une maladie mentale : répercussions d'un service de liaison sur les coûts et les taux d'hospitalisation) », *Journal of Mental Health*, vol. 10, n° 6, décembre 2001, p. 637-644. Résumé disponible à : <http://taylorandfrancis.metapress.com/openurl.asp?genre=article&eissn=1360-0567&volume=10&issue=6&page=637>**

Bindman et ses collaborateurs (2001) ont étudié les répercussions d'un service de liaison sur les coûts et les taux d'hospitalisation dans un contexte de soins de santé mentale primaires et secondaires. Ils ont comparé un programme de soins de santé mentale primaires à un service traditionnel comparable offert dans une collectivité voisine semblable à Londres, en Angleterre. Les coûts et l'activité du service ont été mesurés au début de l'étude et pendant un suivi de deux ans à mesure que le service d'intervention s'est développé. Le service d'intervention résultait de la réorganisation d'une équipe de santé mentale communautaire existante qui désignait des travailleurs de liaison auprès d'omnipraticiens particuliers auxquels l'équipe fournissait des services. Ces travailleurs de liaison sont restés membres de l'équipe multidisciplinaire et étaient supervisés par le chef de l'équipe. Leur rôle était défini de façon souple. Ils pouvaient nouer des relations avec les omnipraticiens et répondre à leurs besoins concernant la coordination et la facilitation de l'orientation. Chaque travailleur s'est vu attribuer des dossiers de patients provenant des services de santé mentale; ces patients étaient inscrits auprès des omnipraticiens assignés au travailleur de liaison. Les patients étaient vus dans le milieu de l'équipe, au cabinet du médecin ou dans un autre contexte. Les résultats ont montré que le programme de liaison n'a pas affecté les coûts ni l'utilisation des lits de soins aux malades hospitalisés pendant la période de l'étude. L'examen de l'activité du service a

B

montré que les travailleurs de liaison assumaient principalement la gestion de dossiers; un petit nombre important des consultations observées comportait une fonction de liaison. Le programme de liaison n'a pas augmenté la proportion de patients atteints de maladies mentales communes qui étaient confiés au service de santé mentale, ce qui signifie qu'on n'a pas cessé de mettre l'accent sur les personnes atteintes d'une maladie mentale grave, une crainte propre à l'établissement de ces services de liaison et un résultat obtenu dans le cadre d'une étude antérieure. Un important défi de l'étude était l'absence de systèmes d'information fiables pour mesurer l'activité du service et faire le suivi des coûts.

**BIRLESON, P., E. S. LUK et C. MILESHKIN.**  
**« Better mental health services for young people: responsibility, partnerships and projects (meilleurs services de santé mentale pour les jeunes : responsabilités, partenariats et projets) », *Aust N Z J Psychiatry*, vol. 35, n° 1, février 2001, p. 36-44. <PubMed>**

Birleson et ses collaborateurs (2001) sont en faveur du traitement précoce de la psychose dans le contexte de l'élaboration de programmes distincts de santé mentale pour les jeunes de 12 à 25 ans. Après avoir examiné l'état des services actuels et envisagé des liens plus étroits avec les services de santé mentale pour adultes, les auteurs soutiennent qu'il est préférable de lier la psychiatrie de l'adolescent à celle de l'enfant afin d'améliorer les services aux jeunes adultes de 18 à 25 ans. Les facteurs pris en considération dans la discussion sur le fait de maintenir la discipline unifiée comprenaient les facteurs de développement, la psychopathologie et les soins, et la prévention. Les auteurs font aussi état des compétences cliniques et de la formation professionnelle, énumèrent les liens entre les soins de santé mentale à la population enfants et adolescents et à la population adulte et font des recommandations pour améliorer les services de santé mentale aux enfants, aux adolescents et aux adultes.

**BLASHKI, G., I. B. HICKIE et T. A. DAVENPORT.**  
**« Providing psychological treatments in general practice: how will it work? (comment permettre aux omnipraticiens de donner des traitements psychologiques) », *Med J Aust.*, vol. 179, n° 1, le 7 juillet 2003, p. 23-25. <PubMed> <FullText>**

Blashki et ses collaborateurs (2003) examinent le programme australien dans le cadre duquel les omnipraticiens dispensent des soins de santé mentale sous l'égide du programme global pour améliorer l'accès de la collectivité aux traitements psychologiques et aux soins de santé mentale prodigués par un spécialiste. Les médecins déjà convenablement formés qui participent à l'initiative « Better Outcomes in Mental Health Care » (amélioration des résultats des soins de santé mentale) financée par le gouvernement australien sont admissibles au remboursement de traitements psychologiques ciblés en vertu d'une nouvelle feuille de description des prestations pour honoraires établie en 2002. Les auteurs remarquent le besoin immédiat d'offrir une formation continue aux médecins et de modifier les programmes de premier et deuxième cycles pour préparer les futurs médecins à assumer ce rôle au sein de la collectivité. Les auteurs présentent une liste de stratégies psychologiques ciblées, tirées de la feuille de description des prestations pour honoraires, et les principales exigences pour l'éducation et la formation des fournisseurs de stratégies psychologiques ciblées dans le cadre de programmes de médecine générale, comme le stipule le Royal College of General Practitioners. Ces normes exigent l'élaboration d'un programme de 20 heures en consultation face à face avec des omnipraticiens, des usagers, des aidants naturels et d'autres professionnels de la santé mentale, et sa présentation par des éducateurs nettement qualifiés. De plus, le programme doit viser des résultats d'apprentissage clairement définis et mesurables, et son contenu doit comprendre au moins quatre stratégies psychologiques ciblées, des études de cas pertinentes, la démonstration de techniques, des conseils sur la rédaction des ordonnances

et des exercices pratiques, et une discussion sur les questions concernant la fin de la consultation et la feuille de description des prestations pour honoraires ainsi que de la documentation.

**BLATT, S. D. et coll. « A comprehensive, multidisciplinary approach to providing health care for children in out-of-home care (une approche multidisciplinaire globale pour la prestation des soins de santé aux enfants placés hors du foyer familial) », *Child Welfare*, vol. 76, n° 2, mars-avril 1997, p. 331-347. <PubMed>**

Blatt et ses collaborateurs (1997) décrivent un programme multidisciplinaire innovateur, nommé ENHANCE ou « Excellence in Health Care for Abused and Neglected Children » (excellence dans la prestation des soins de santé aux enfants maltraités et abandonnés), qui assure la prestation de soins de santé primaires aux enfants placés en foyer nourricier dans un comté de l'État de New York. Tous ces enfants sont initialement évalués après que le travailleur social responsable du dossier de l'enfant et les familles d'accueil ont rempli un dossier d'information. L'équipe du programme ENHANCE, composée de pédiatres, d'un pédopsychologue clinicien, d'un spécialiste en développement, d'une infirmière praticienne en pédiatrie, d'une infirmière autorisée et de l'agent de liaison du ministère de la Santé et des Services sociaux, examine le matériel une semaine avant la première visite complète à l'enfant. Cette première visite permet de coordonner les services assurés par les différents prestataires de soins de santé et les diverses disciplines. Comme il est rapporté dans la documentation, le profil de santé des enfants vus dans le cadre de ce programme comprend de nombreux problèmes directement liés à la violence à l'égard des enfants, au retard staturo-pondéral, au retard du développement, aux sévices sexuels et à l'absence de soins médicaux continus comme la vaccination retardée. L'équipe détermine et dispense le traitement approprié. Les auteurs concluent qu'une équipe multidisciplinaire constitue un moyen efficace de fournir des soins

complets aux enfants susceptibles de présenter de nombreux troubles physiques, mentaux et développementaux complexes.

**BLOUNT, A. « Integrated primary care: organizing the evidence (soins de santé primaires intégrés : l'organisation des données) », *Families, Systems & Health*, vol. 21, n° 2, été 2003, p. 121-133.**

Blount (2003) donne un cadre de travail conceptuel permettant de comprendre les données cumulées mais partielles qui étayent la pratique en collaboration. Il utilise le cadre de travail pour classer 63 modèles de prestation de soins axés sur la collaboration obtenus par le dépouillement de la documentation et crée des catégories qui différencient divers aspects du lien entre les services médicaux et les services de santé mentale dans des contextes de pratique en collaboration pour donner une vision plus cohérente des études disponibles. Le cadre de travail met aussi l'accent sur le lien avec les services aux populations. Blount a constaté que la majorité des études portaient sur des modèles de regroupement des services ou de traitements ciblés ou non ciblés.

**BLOUNT, A. (sous la dir. de). *Integrated primary care: the future of medical and mental health collaboration (soins de santé primaires intégrés : l'avenir des soins médicaux et des soins de santé mentale axés sur la collaboration)*, New York: Norton, 1998a.**

L'ouvrage exhaustif intitulé *Integrated primary care: the future of medical and mental health collaboration*, sous la direction de Blount (1998a), décrit l'avenir des soins médicaux et des soins de santé mentale axés sur la collaboration. À l'aide d'articles publiés par des praticiens chevronnés et des administrateurs de programmes intégrés, ce livre démontre l'élaboration et la mise en œuvre réussies de ces programmes et étaye leur utilité. L'élément important de ce volume est une description de la manière d'intégrer efficacement des services au-delà de leur regroupement. Grâce à leur description des programmes

B

opérationnels ou mis à l'essai, les auteurs des articles fournissent une foule de renseignements sur les possibilités et les pièges des soins de santé primaires intégrés.

**BLOUNT, A. « Introduction (introduction) », dans A. BLOUNT (sous la dir. de), *Integrated primary care: the future of medical and mental health collaboration (soins de santé primaires intégrés : l'avenir des soins médicaux et des soins de santé mentale axés sur la collaboration)* », New York, Norton, 1998b, p. xi-xiv.**

Blount (1998b) présente son approche en matière de soins de santé primaires intégrés dans l'introduction de son livre. Il donne une définition de l'expression « soins de santé primaires intégrés » — l'unification des soins médicaux et des soins de santé mentale dans le contexte des soins de santé primaires — et préconise une approche pour résoudre les problèmes des usagers. Il décrit le sujet principal du livre en mettant l'accent sur les meilleures pratiques actuelles en soins de santé primaires intégrés.

**BLOUNT, A. « Introduction to integrated primary care (introduction aux soins de santé primaires intégrés) », dans A. BLOUNT (sous la dir. de), *Integrated primary care: the future of medical and mental health collaboration (soins de santé primaires intégrés : l'avenir des soins médicaux et des soins de santé mentale axés sur la collaboration)* », New York, Norton, 1998., p. 1-43.**

Dans le premier chapitre de son livre, Blount (1998c) décrit les soins de santé primaires intégrés selon l'optique des prestataires de soins de santé et des usagers et explique pourquoi les soins intégrés conviennent mieux aux personnes atteintes d'une maladie mentale qui sont traitées dans le contexte des soins de santé primaires. Il explique aussi pourquoi les services de santé mentale devraient être intégrés à la pratique des soins de santé primaires, les éléments requis pour former une équipe féconde, la manière d'entreprendre un programme pilote et la

manière d'organiser les soins intégrés dans un cabinet.

**BORRILL, C. et coll. « The effectiveness of health care teams in the National Health Service (l'efficacité des équipes de soins au sein du National Health Service) », (R.-U.), Université d'Aston, Universités de Glasgow et d'Edimburgh, Université de Leeds, 2000. Disponible à : <http://homepages.inf.ed.ac.uk/jeanc/DOH-final-report.pdf>**

Borrill et ses collaborateurs (2000) ont mené une étude sur les avantages de la pratique en collaboration en utilisant un échantillon de 400 équipes de soins œuvrant en soins de santé primaires, secondaires et communautaires. En examinant les caractéristiques des équipes qui influent sur les avantages dont bénéficiaient les patients et les professionnels de la santé eux-mêmes, les auteurs ont constaté que les équipes de soins de santé primaires avaient des objectifs clairs et présentaient un degré de participation élevé; mettaient l'accent sur la qualité et le soutien de l'innovation; fournissaient de manière efficace des soins, une organisation et un travail interdépendant. Un degré élevé de communication et des réunions régulières ont entraîné un degré plus élevé d'efficacité et une plus forte probabilité que les équipes efficaces utilisent des moyens nouveaux et améliorés de prodiguer les soins aux patients. Les membres de ces équipes étaient en bonne santé et voulaient continuer d'occuper leur poste.

**BOWER, P. « Primary care mental health workers: models of working and evidence of effectiveness (travailleurs en soins de santé mentale primaires : modèles de travail et preuves d'efficacité) », *Br J Gen Pract*, vol. 52, n° 484, novembre 2002, p. 926-933. <PubMed>**

Dans le cadre d'un examen de divers modèles de soins de santé mentale, Bower (2002) propose quatre aspects pertinents dont on devrait tenir compte lorsqu'on crée des postes de travailleurs en soins de santé mentale dans le contexte des

soins de santé primaires en Angleterre : les types de patients pris en charge par ces travailleurs; le degré auquel les travailleurs travaillent de manière autonome ou dans le cadre d'un système de soins; la phase de l'évolution de la maladie où ils vont intervenir; et la nature du rôle, concernant les interventions cliniques ou les tâches non cliniques plus larges, dans l'organisation et la surveillance des soins. Après avoir examiné les données sur les interventions efficaces dans le contexte des soins de santé primaires, secondaires et tertiaires, Bower avance que la thérapie axée sur la résolution de problèmes, la psychoéducation de groupe, l'entraide et certains modèles de prestation de soins axés sur la collaboration pourraient s'avérer très pertinents pour ces travailleurs.

**BOWER, P., S. BYFORD, B. SIBBALD, E. WARD, M. KING, M. LLOYD et M. GABBAY.** « **Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. II: cost effectiveness (essai comparatif à répartition aléatoire portant sur la consultation non dirigée, la thérapie comportementale cognitive et les soins habituels dispensés aux patients souffrant de dépression par les omnipraticiens)** », *BMJ*, vol. 321, n° 7273, 2 décembre 2000, p. 1389-1392. <PubMed> <FullText>

Lors d'un essai comparatif à répartition aléatoire, Bower et ses collaborateurs (2000) ont évalué l'efficacité des soins dispensés aux patients dépressifs par les omnipraticiens comparativement à celle de deux formes de psychothérapies offertes en milieu de soins primaires. Les thérapeutes ont mené jusqu'à 12 séances de consultation non dirigée ou de thérapie comportementale cognitive auprès des groupes recevant des soins accrus dans le cadre de l'étude. Selon les résultats obtenus, les deux types de services de consultation ont permis de réduire les symptômes dépressifs de façon plus marquée que les soins habituels après quatre mois, mais aucune différence n'a été observée

après 12 mois. En outre, on n'a pas constaté de différence significative entre les trois traitements quant aux coûts directs, à la perte de productivité et aux coûts sociétaux après 4 et 12 mois.

**BOWER, P., E. GARRALDA, T. KRAMER, R. HARRINGTON et B. SIBBALD.** « **The treatment of child and adolescent mental health problems in primary care: a systematic review (le traitement des problèmes de santé mentale chez les enfants et les adolescents dans un contexte de soins primaires : évaluation systématique)** », *Fam Pract*, vol. 18, n° 4, août 2001, p. 373-382. <PubMed>

Dans une évaluation systématique du traitement des problèmes de santé mentale chez les enfants et les adolescents dans un contexte de soins primaires, Bower et ses collaborateurs (2001) se penchent sur l'efficacité clinique et le rapport coût-efficacité des services fournis. Les auteurs analysent trois modèles d'intervention en santé mentale chez ces groupes de patients, soit 1) une prise en charge accrue par les omnipraticiens et les professionnels en santé communautaire, 2) une prise en charge par des spécialistes en santé mentale en milieu de soins primaires et 3) un service de consultation-liaison offert par des spécialistes appuyant la prise en charge des patients par les professionnels de premier recours plutôt que d'assumer l'entière responsabilité des cas individuels. Dans l'ensemble, les auteurs ont constaté que la qualité des études était irrégulière et qu'aucune d'entre elles n'avait évalué le rapport coût-efficacité des interventions. Ils ont conclu que selon les premières constatations, le traitement dispensé par des spécialistes en milieu de soins primaires était efficace et que certaines interventions éducatrices semblaient améliorer les compétences et la confiance des médecins de premier recours. Toutefois, peu d'études ont comporté des évaluations comparatives, et seulement quelques-unes d'entre elles témoignent de changements observés dans le comportement des médecins ou dans l'état de santé des patients. Les auteurs soulignent également la nécessité d'établir un important

B

programme de recherche d'envergure dans ce domaine.

**BOWER, P. et L. GASK. « The changing nature of consultation-liaison in primary care: bridging the gap between research and practice (l'évolution des services de consultation-liaison en milieu de soins primaires : combler l'écart entre la recherche et la pratique) », *Gen Hosp Psychiatry*, vol. 24, n° 2, mars-avril 2002, p. 63-70. <PubMed>**

Bower et Gask (2002) discutent de l'écart existant entre la recherche et la pratique quant à l'utilisation du service de consultation-liaison en milieu de soins primaires. Les auteurs, forts d'une connaissance approfondie du domaine (Bower possède une compétence particulière dans la synthèse systématique des principaux enjeux en santé mentale), explorent l'écart entre le traditionnel modèle de consultation-liaison souvent en place dans la pratique réelle et les modèles complexes élaborés à la suite d'études de recherche structurées (p. ex., le modèle de soins de la dépression). Ils laissent entendre que ces méthodes font appel à l'utilisation de divers mécanismes de changement en vue d'atteindre l'objectif fixé : l'amélioration des soins dispensés aux patients. De plus, les auteurs soutiennent que le modèle de consultation-liaison traditionnel privilégie la relation entre les professionnels, alors que les modèles reposant sur la prise en charge de la maladie insistent davantage sur l'établissement de systèmes de soins efficaces, ce qui pourrait toutefois ne pas suffire à étendre leur application à la pratique réelle. Il est probable que les divers intervenants devront collaborer plus étroitement pour que les modèles élaborés dans un environnement de recherche trouvent leur place dans un contexte de soins courants.

**BOWER, P., S. JERRIM et L. GASK. « Primary care mental health workers: role expectations, conflict and ambiguity (le rôle des intervenants de premier recours en santé mentale : attentes, conflits et ambiguïté) », *Health Soc Care Community*, vol. 12, n° 4, juillet 2004, p. 336-345. <PubMed>**

Bower et ses collaborateurs (2004) s'intéressent au nouveau rôle de l'intervenant en santé mentale dans un contexte de soins primaires en Angleterre. En adoptant la démarche de l'étude de cas, les auteurs ont évalué des postes pilotes actuellement en vigueur pour les intervenants de premier recours en santé mentale, les attentes du personnel médical face au rôle de ces travailleurs, de même que les questions soulevées par la création de ce nouveau poste quant au rôle actuel des prestataires de soins primaires en santé mentale. Après avoir effectué des entrevues en profondeur auprès de 46 gestionnaires et cliniciens issus des milieux de soins primaires et spécialisés en santé mentale, Bower et son équipe ont constaté que presque toutes les fonctions liées aux postes existants se déroulaient exclusivement dans un cadre clinique, alors que le nouveau poste devait avoir une portée beaucoup plus étendue et permettre de combler des lacunes dans la prestation des services. Ils ont également observé des divergences d'opinions et un sentiment d'ambiguïté chez certains répondants quant à la nature du nouveau rôle de l'intervenant par rapport au patient et aux fonctions assumées par les autres professionnels, tels que les consultants, le personnel infirmier et les psychologues. Ces observations mettent en évidence le potentiel de conflit associé à la création du nouveau poste.

**BOWER, P., D. RICHARDS et K. LOVELL.** « **The clinical and cost-effectiveness of self-help treatments for anxiety and depressive disorders in primary care: a systematic review (efficacité clinique et rapport coût-efficacité de l'autothérapie des troubles anxieux et dépressifs dans un contexte de soins primaires : évaluation systématique)** », *Br J Gen Pract*, vol. 51, n° 471, octobre 2001, p. 838-845. <PubMed>

Lors d'une évaluation systématique de huit études de recherche, Bower et ses collaborateurs (2001) se penchent sur l'efficacité clinique et le rapport coût-efficacité de l'autothérapie des troubles anxieux et dépressifs. Bien que la plupart des études semblent indiquer que l'autothérapie (interventions écrites principalement fondées sur des principes comportementaux) pouvait produire des résultats positifs, certaines lacunes d'ordre méthodologique et le nombre restreint des études réalisées ont empêché les chercheurs d'en tirer des conclusions plus évidentes. Par ailleurs, aucune des études n'a permis d'obtenir des données sur l'efficacité à long terme et sur l'établissement des coûts de ce type de traitement.

**BOWER, P., N. ROWLAND et R. HARDY.** « **The clinical effectiveness of counselling in primary care: a systematic review and meta-analysis (l'efficacité clinique du service de consultation en milieu de soins primaires : évaluation systématique et méta-analyse)** », *Psychol Med*, vol. 33, n° 2, février 2003, p. 203-215. <PubMed>

Bower et ses collaborateurs (2003) présentent une évaluation systématique et une méta-analyse de l'efficacité clinique du service de consultation offert en milieu de soins primaires, faisant ainsi le point sur une étude de Cochrane publiée antérieurement. Les auteurs se sont servis de sept études pour évaluer l'hypothèse selon laquelle les traitements de premier recours offerts par un consultant psychiatrique procurent de meilleurs résultats que les soins habituels dispensés par les médecins ou que d'autres

formes de traitement des troubles mentaux. Dans l'ensemble, Bower et son équipe ont conclu que le service de consultation offert en milieu de soins primaires pouvait améliorer légèrement l'état du patient à court terme dans les cas de troubles courants. En raison d'un manque de données, les auteurs ont difficilement pu établir de comparaisons avec d'autres traitements comme l'administration d'antidépresseurs ou la thérapie comportementale cognitive, mais, selon eux, les résultats préliminaires ne révèlent aucune différence entre ces traitements et le service de consultation offert en milieu de soins primaires.

**BOWER, P., N. ROWLAND, J. MELLOR CLARK, P. HEYWOOD, C. GODFREY et R. HARDY.** « **Effectiveness and cost effectiveness of counselling in primary care (efficacité et rapport coût-efficacité du service de consultation dans un contexte de soins primaires)** », *Cochrane Database Syst Rev*, n° 1, 2002, CD001025. <PubMed>

Cette étude Cochrane visait à évaluer l'efficacité et le rapport coût-efficacité du service de consultation offert aux patients atteints de troubles psychologiques comparativement à ceux des soins habituels dispensés par les omnipraticiens, à la pharmacothérapie et à d'autres types de psychothérapies. Dans cette mise à jour d'une étude antérieure, les auteurs ont examiné les données sur les coûts et les résultats obtenus lors d'essais comparatifs à répartition aléatoire, d'essais cliniques comparatifs et d'essais comparatifs portant sur les préférences des patients en matière de consultation dans un contexte de soins primaires. Au total, sept essais ont satisfait aux critères d'évaluation et ont été inclus dans le présent rapport. On a constaté qu'à court terme, le service de consultation s'avérait une intervention efficace sur le plan clinique comparativement aux soins habituels du médecin, mais ne donnait pas les résultats escomptés à long terme. Les données sur les coûts obtenus pour quatre études ont montré que le total des coûts associés au service de consultation était comparable à celui des soins habituels sur une longue période.

B

De façon générale, on a conclu que le service de consultation offrait des avantages immédiats aux patients qui sont susceptibles de se sentir mieux et d'être plus satisfaits que ceux ayant reçu les soins habituels de leur omnipraticien. Rien n'indique cependant que la consultation soit une intervention plus utile que les soins habituels à long terme.

**BOWER, P. et B. SIBBALD. « On-site mental health workers in primary care: effects on professional practice (les intervenants de premier recours en santé mentale travaillant sur le terrain : effets sur la pratique professionnelle) », *Cochrane Database Syst Rev*, n° 4, 1999, CD000532. <PubMed>**

Bower et Sibbald (1999) ont réalisé une étude Cochrane portant sur les intervenants en santé mentale travaillant sur le terrain afin de déterminer les éléments qui appuient le rôle de ces travailleurs dans un contexte de soins de santé primaires. Pour effectuer leurs recherches, les auteurs se sont servis d'essais à répartition aléatoire, d'études comparatives « avant-après » et d'analyses en séries chronologiques interrompues de modèles de remplacement en santé mentale (remplacement des médecins de premier recours par des intervenants en santé mentale dans la prestation des soins aux patients) ou de modèles de consultation-liaison (collaboration ou soutien des intervenants en santé mentale envers les médecins de premier recours dans la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux). Les résultats tenaient notamment compte des comportements des médecins de premier recours, tels que l'établissement du diagnostic et les habitudes de prescription et d'orientation des patients. Au total, 38 études ont été incluses dans l'évaluation, laquelle portait sur 460 intervenants en soins primaires et plus de 3 880 patients. En voici les résultats.

✎ Un nombre moyen de données attestent que l'application du modèle de remplacement par des intervenants en santé mentale permettait d'obtenir des réductions significatives à court terme des habitudes de

prescription et d'orientation des médecins de premier recours; ces effets n'étaient toutefois pas durables.

- ✎ Peu de données témoignent d'une diminution constante des taux de consultation.
- ✎ On n'a constaté aucun effet indirect sur les habitudes de prescription dans la population élargie ni aucune tendance quant à l'impact sur les habitudes d'orientation.
- ✎ Certaines données ont révélé que l'application d'un modèle de consultation-liaison chez les intervenants en santé mentale exerçait un effet direct sur les habitudes de prescription des médecins de premier recours lorsque le modèle était utilisé dans le cadre d'interventions à volets multiples.
- ✎ Seulement quelques études ont porté sur les effets indirects de telles interventions, mais celles-ci n'ont pas permis de démontrer que les effets directs obtenus pouvaient s'appliquer à une population élargie ou persister au-delà de la durée de l'intervention de consultation-liaison.

Dans l'ensemble, Bower et Sibbald ont conclu que les données disponibles ne permettent pas d'étayer l'hypothèse selon laquelle le modèle de remplacement par des intervenants en santé mentale entraîne des modifications importantes ou durables dans le comportement des médecins des établissements de soins primaires. Les interventions de consultation-liaison peuvent quant à elles amener certains changements dans les habitudes de prescription des médecins, mais il s'agit là d'effets à court terme se limitant aux patients rencontrés par l'intervenant en santé mentale. Par conséquent, les auteurs recommandent la réalisation d'études à plus longue échéance afin d'évaluer la durée de ces changements au fil du temps.



**BRADLEY, S., T. KRAMER, M. E. GARRALDA, P. BOWER, W. MacDONALD, B. SIBBALD et R. HARRINGTON.** « **Child and adolescent mental health interface work with primary services: a survey of NHS Provider Trusts (interface entre les services de santé mentale aux enfants et aux adolescents et les services de soins primaires : enquête sur les sous-traitants du Service national de santé)** », *Child and Adolescent Mental Health*, vol. 8, n° 4, novembre 2003, p. 170-176. <Abstract>

Bradley et ses collaborateurs (2003) ont réalisé une enquête sur les sous-traitants du Service national de santé (*National Health Service Trusts*) qui fournissent des services de santé mentale aux enfants et aux adolescents en Angleterre afin d'évaluer les facteurs prédictifs de la relation de travail entre les services de soins des échelons primaires et secondaires. Dans le milieu des soins secondaires, l'un des rôles des services de santé mentale destinés aux enfants et aux adolescents consiste à travailler de concert avec les professionnels de premier recours en vue d'améliorer les soins offerts à cette population en milieu de soins primaires (défini comme les services de médecine générale et les services sociaux et éducatifs). Les résultats de l'enquête ont révélé qu'un grand nombre de services de santé mentale destinés aux enfants et aux adolescents offrent de la formation conjointe aux professionnels de premier recours, mais moins du tiers des répondants proposent des programmes communs structurés. Les trois types d'initiatives rapportées dans les services de santé mentale étaient la consultation, les cliniques d'hygiène mentale en milieu de soins primaires (appelées également « services non conventionnels de consultation externe ») et les interventions individualisées conjointement avec les services de médecine générale. Environ le même nombre de répondants ont mentionné qu'ils planifiaient la mise en place de postes d'intervenants de premier recours en santé mentale. Les résultats de l'enquête laissent également entrevoir que cette collaboration se traduit dans ces établissements par la création de programmes de santé mentale plus spécialisés et de plus

grande envergure à l'intention des enfants et des adolescents. Bien que les auteurs recommandent de poursuivre la recherche sur l'efficacité de ces trois démarches, ils constatent que les cliniques d'hygiène mentale organisées dans un contexte de soins primaires présentent une capacité limitée d'atteindre un grand nombre d'enfants. Ainsi, la consultation ou l'intervention conjointe semble permettre davantage aux médecins de premier recours d'accroître leurs compétences afin d'être en mesure de cerner et de prendre en charge les enfants et les adolescents souffrant de troubles mentaux.

**BRAY, J.H. et J.C. ROGERS.** « **Linking psychologists and family physicians for collaborative practice (pour une pratique en collaboration entre les psychologues et les omnipraticiens)** », *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 26, n° 2, avril 1995, p. 132-138.

Bray et Rogers (1995) tracent le portrait d'un projet pilote de partenariat établi entre des psychologues et des omnipraticiens pour le traitement des personnes aux prises avec un problème d'alcool ou de drogues en région rurale. Dans le cadre du projet, dix paires de professionnels ont participé à deux séances de formation, à six mois d'intervalle. Les paires ont commencé à travailler ensemble dès la fin de la première séance, où ils ont élaboré des plans de collaboration et de partenariat. Au total, huit paires ont mis leurs plans en application, dans une certaine mesure. Selon les résultats du projet, il semble que les paires de professionnels qui ont obtenu le plus de succès sont celles qui avaient déjà collaboré dans le passé, dont le lieu de pratique était à proximité l'un de l'autre et dont au moins un des membres déployait de réels efforts pour réaliser une collaboration efficace.

B

**BROWN, G. K., M. L. BRUCE et J. L. PEARSON.** « **High-risk management guidelines for elderly suicidal patients in primary care settings (lignes directrices pour la prise en charge des personnes âgées présentant un risque suicidaire élevé dans un contexte de soins primaires)** », *Int J Geriatr Psychiatry*, vol. 16, n° 6, juin 2001, p. 593-601. <PubMed>

Brown et ses collaborateurs (2001) exposent brièvement les lignes directrices pour le traitement des personnes âgées suicidaires, la détermination de leur taux de risque de tentative de suicide par une démarche structurée et la mise en place de stratégies d'intervention pour les situations de crise et un processus de prise en charge continue de ces patients dans un contexte de soins primaires. Sur la base de travaux antérieurement réalisés aux États-Unis, les chercheurs de l'essai PROSPECT (*Prevention of Suicide in Primary Care Elderly: Collaborative Trial*) ont élaboré de nouvelles lignes directrices pour la prise en charge des personnes âgées présentant un risque de tentative de suicide élevé, à l'intention des spécialistes de la dépression, des psychiatres, de l'ensemble des chercheurs associés à l'essai PROSPECT, de même que d'autres prestataires de soins primaires. Un exemplaire du protocole de prise en charge des patients présentant un risque élevé se trouve en annexe de l'article (voir la page 601).

**BROWN, J. B., B. LENT, A. STIRLING, J. TAKHAR et J. BISHOP.** « **Caring for seriously mentally ill patients. Qualitative study of family physicians' experiences (les soins dispensés aux patients atteints d'une maladie mentale grave : étude qualitative des expériences d'omnipraticiens)** », *Can Fam Physician*, vol. 48, mai 2002, p. 915-920. <PubMed> <FullText> OU <FullText>

Brown et ses collaborateurs (2002) étudient les expériences d'omnipraticiens quant aux soins dispensés à leurs patients atteints d'une maladie mentale grave sur la base d'un modèle de soins partagés. Les résultats des entrevues de profondeur réalisées chez 11 médecins

exerçant leur profession à plein temps à London, en Ontario, mettent en lumière les trois thèmes suivants : la contribution que ces médecins estiment apporter à leurs patients dans le cadre de ce modèle de soins, les défis auxquels ils sont confrontés dans la prestation de soins partagés et leurs attentes globales relativement à ce modèle. Dans l'ensemble, les médecins ont indiqué qu'ils souhaitaient s'occuper des personnes atteintes de maladies mentales au sein de la collectivité et qu'ils considéraient que leur vision globale du traitement serait profitable à ces patients. Les médecins rencontrés ont également souligné l'importance d'une exposition accrue à ce groupe de malades. Certains participants avaient établi des rapports efficaces sur les plans de la communication, du soutien, de l'accessibilité aux spécialistes et de la rétroaction. L'absence de telles conditions, la fragmentation des soins et le manque de responsabilisation figuraient parmi les obstacles perçus par les médecins.

**BROWNHILL, S., K. WILHELM, G. ELIOVSON et M. WATERHOUSE.** « **'For men only'. A mental health prompt list in primary care (pour hommes seulement : questionnaire d'orientation sur la santé mentale en milieu de soins primaires)** », *Aust Fam Physician*, vol. 32, n° 6, juin 2003, p. 443-450. <PubMed>

Brownhill et ses collaborateurs (2003) ont évalué un outil de dépistage spécialement conçu pour déceler les symptômes de la dépression chez les hommes traités en milieu de soins primaires. Ce bref questionnaire d'orientation s'est révélé utile chez les patients de sexe masculin à qui l'on devait demander de répondre aux questions touchant la dépression. Les médecins ont considéré que cet outil leur permettait d'obtenir des renseignements supplémentaires sur leurs patients, d'établir une meilleure relation avec eux et de faciliter le processus d'évaluation des cas.

**BRUCKER, P. S. et C. G. SHIELDS.**  
**« Collaboration between mental and medical healthcare providers in an integrated primary care medical setting (collaboration entre les prestataires de soins mentaux et médicaux dans un contexte de soins primaires intégrés) », *Families, Systems & Health*, vol. 21, n° 2, été 2003, p. 181-191.**

Brucker et Shields (2003) ont évalué la collaboration existant entre les prestataires de soins médicaux et les thérapeutes dans un contexte de soins primaires intégrés au moyen d'une liste de contrôle des activités pratiquées en collaboration et d'un inventaire d'auto-évaluation. D'une part, la liste de contrôle a montré que les thérapeutes et les prestataires de soins primaires collaboraient à raison d'au moins une fois pour quatre séances de thérapie; d'autre part, le processus d'auto-évaluation a indiqué qu'il y avait collaboration trois fois sur quatre. Les auteurs n'ont pu expliquer ces différences. Ce sont les thérapeutes qui instituaient les contacts, principalement pour discuter de questions psychosociales. Les auteurs ont établi une liste de sujets de recherche portant sur la mesure de la collaboration.

**BUDIN, J., S. BOSLAUGH, E. BECKETT et M. G. WINIARSKI.** « Utilization of psychiatric services integrated with primary care by persons of color with HIV in the inner city (utilisation des services psychiatriques intégrés dans un contexte de soins primaires par les personnes de couleur porteuses du VIH au centre-ville) », *Community Ment Health J*, vol. 40, n° 4, août 2004, p. 365-378. <PubMed>

Budin et ses collaborateurs (2004) dressent les profils d'utilisation des services psychiatriques intégrés dans un contexte de soins primaires par les personnes de couleur porteuses du VIH dans la ville de New York, en soulignant le manque de données disponibles relativement aux besoins psychiatriques de ces malades et à leur utilisation des services offerts. Pour leur analyse, les auteurs ont recueilli des données

après de 93 personnes rencontrées sur une période de deux ans dans un centre de soins primaires dans le cadre d'un programme intégré en collaboration avec un psychiatre et des travailleurs sociaux agréés ayant reçu une formation de psychothérapeute. Le programme comprenait un mécanisme d'orientation rapide des patients vers les intervenants en santé mentale, un dossier médical standard utilisé par tous les prestataires de soins, la tenue de conférences de cas interdisciplinaires, de fréquentes consultations entre les spécialistes et une formation culturelle hebdomadaire sur place. Budin et son équipe ont observé que les patients d'origine hispanique étaient plus susceptibles de se faire prescrire des agents psychotropes que les Afro-américains; de même, les porteurs du VIH recevaient plus souvent des ordonnances de ces médicaments que les personnes atteintes du sida. Les grands utilisateurs des services psychiatriques (définis comme les patients ayant effectué six visites ou plus) représentaient près de 28 pour cent des patients, mais utilisaient 67 pour cent des services à eux seuls. On a également établi un éventail de diagnostics psychiatriques, évoquant l'importance de réponses thérapeutiques diversifiées.

**BURLEY, H. J.** « Shared care: what do family physicians want from psychiatrists? (soins partagés : qu'attendent les omnipraticiens des psychiatres?) », *CPA Bulletin de l'APC*, décembre 2002, p. 29-31. <Fulltext>

Dans cet article, Burley (2002) présente un résumé des besoins des omnipraticiens lorsqu'ils collaborent à un programme de soins partagés avec des psychiatres. Ils s'attendent avant tout à avoir une bonne accessibilité à ces spécialistes, de même qu'une communication efficace et une collaboration respectueuse avec eux. Les omnipraticiens souhaitent établir des contacts directs qui soient caractérisés par la collégialité, le respect de leurs compétences et de leurs connaissances, et une compréhension du milieu de travail qui influence leur interaction avec les patients. Les omnipraticiens veulent discuter avec les psychiatres pour recevoir leurs

B

conseils quant aux soins à apporter aux patients, les tenir informés de l'évolution du traitement en cours ou obtenir une aide directe lorsqu'ils sont aux prises avec des cas plus complexes. L'une des plaintes les plus fréquemment formulées à l'égard des psychiatres est leur manque de disponibilité pour la consultation en milieu de soins primaires, entraînant ainsi une surutilisation des services d'urgence par les patients lorsque la crise éclate. Les omnipraticiens souhaitent également avoir une meilleure communication avec les spécialistes : rapports faisant suite à l'orientation de patients vers des soins spécialisés, aux visites aux services d'urgence et aux hospitalisations, consultations téléphoniques plus fréquentes, maintien de dossiers communs, déjeuners-colloques et formation continue.

**BURNS, B. J., S. D. PHILLIPS, H. R. WAGNER, R. P. BARTH, D. J. KOLKO, Y. CAMPBELL et J. LANDSVERK. « Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: a national survey (besoins psychologiques et accessibilité aux services de santé mentale chez les jeunes pris en charge par les organismes de protection de l'enfance : sondage national) », *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, vol. 43, n° 8, août 2004, p. 960-970. <PubMed>**

Burns et ses collaborateurs (2004) évaluent les besoins psychologiques des jeunes pris en charge par des organismes de protection de l'enfance, ainsi que leur accessibilité aux services de santé mentale. Partant de données recueillies lors d'une enquête réalisée aux États-Unis, la *U.S. National Survey on Child and Adolescent Well Being*, les chercheurs ont constaté que près de la moitié des jeunes (âgés de 2 à 14 ans) ayant fait l'objet d'enquêtes par les organismes de protection de l'enfance présentaient des troubles affectifs et comportementaux importants sur le plan clinique. L'obtention de scores élevés en matière de besoins psychologiques, comme définis selon une échelle clinique de la *Liste de comportements pour les enfants*, signifiait que ces enfants étaient plus susceptibles d'avoir reçu des soins psychologiques au cours des 12 mois

précédents; toutefois, seulement le quart des enfants évalués avaient effectivement bénéficié de services spécialisés au cours de cette période. Les auteurs soulignent l'importance de procéder à un dépistage systématique des troubles mentaux et d'accroître l'accessibilité aux services de santé mentale chez les enfants pris en charge par les organismes de protection de l'enfance afin d'être en mesure de les évaluer et de les traiter de façon appropriée.

**BUSZEWICZ, M. « Mental health teamwork in primary care (le travail d'équipe en santé mentale dans un contexte de soins primaires) », *International Review of Psychiatry*, vol. 10, n° 2, mai 1998, p. 119-122.**

Buszewicz (1998) présente les avantages que pourrait représenter le travail en équipe dans un contexte de soins primaires. Une telle structure comporte de nombreuses possibilités, notamment le partage de l'information de gestion et des données sur les patients, la prise de décision concertée quant à l'orientation appropriée des patients et à la sélection des membres de l'équipe, l'occasion de mettre ses connaissances en commun et d'accroître ses compétences pour aborder les troubles mentaux et reconnaître les ressources pertinentes, comme le secteur bénévole et communautaire, de même que le soutien aux participants. Buszewicz donne également des exemples d'obstacles pouvant s'opposer au travail d'équipe, peu importe le type de celle-ci, soit la gestion des différences interpersonnelles, la peur du changement, les conflits et les malentendus intra et interprofessionnels, les écarts au point de vue des compétences, des revenus et de la situation, les approches conceptuelles divergentes et les différents axes de responsabilité. Les aspects du travail en santé mentale qui constituent des barrières comprennent les longues réunions où l'on insiste trop sur les troubles mentaux, de même que les structures hiérarchiques établies selon la tradition médicale, au sein desquelles les omnipraticiens et les psychiatres se considèrent comme les chefs d'équipe, bien qu'il ait été démontré que les équipes efficaces

présentent une structure horizontale plutôt que hiérarchique.

**BYNG, R. et R. JONES. « Mental Health Link: the development and formative evaluation of a complex intervention to improve shared care for patients with long-term mental illness (*Mental Health Link* : la mise en œuvre et l'évaluation formative d'une intervention complexe visant à améliorer la prestation des soins partagés chez les patients atteints d'une maladie mentale chronique) », *J Eval Clin Pract*, vol. 10, n° 1, février 2004, p. 27-36. <PubMed>**

Byng et Jones (2004) décrivent un programme d'amélioration de la qualité appelé *Mental Health Link* (lien pour la santé mentale) visant à réunir des professionnels pour la mise en œuvre d'un programme local de soins partagés fondé sur les besoins, les compétences et les intérêts à l'échelle locale. Ce programme appuie également la mise au point de systèmes de pratique. Byng et Jones brossent un tableau du plan itératif utilisé pour créer ce modèle de soins dans le sud-est de Londres, en Angleterre, un processus dont pourraient également profiter d'autres collectivités.

**BYNG, R., R. JONES, M. LEESE, B. HAMILTON, P. McCRONE et T. CRAIG. « Exploratory cluster randomised controlled trial of shared care development for long-term mental illness (essai exploratoire comparatif et segmenté à répartition aléatoire sur la mise en place de services de soins partagés pour les personnes souffrant d'une maladie mentale chronique) », *Br J Gen Pract*, vol. 54, n° 501, avril 2004, p. 259-266. <PubMed>**

Byng et ses collaborateurs (2004) ont réalisé un essai comparatif segmenté à répartition aléatoire portant sur la mise en place de services de soins partagés destinés aux personnes atteintes d'une maladie mentale chronique. Dans le cadre de l'essai, les omnipraticiens ont été répartis aléatoirement pour continuer

d'assurer leurs services habituels ou pour participer au programme *Mental Health Link* (lien pour la santé mentale), une intervention d'amélioration de la qualité orientée sur la création de programmes de soins partagés au sein de groupes de professionnels dans un contexte local. Les résultats obtenus n'ont révélé aucune différence significative dans la perception des patients quant à leurs besoins non satisfaits, leur satisfaction à l'égard des soins reçus ou leur état de santé en général. Les patients du groupe d'intervention ont subi moins de récurrences psychiatriques que les patients du groupe témoin recevant des soins comparables. En outre, les médecins assignés au groupe d'intervention ont éprouvé davantage de satisfaction face aux soins offerts, et on a noté une amélioration des services dans ce groupe. Même si les changements constatés dans la prestation des services habituels ne se sont pas directement traduits par une amélioration durable des soins, les résultats de l'essai donnent à penser que le programme d'intervention a contribué à améliorer les soins partagés de façon spontanée, comme l'a démontré l'établissement de liens plus étroits entre les professionnels.

**CAAN, W. « Mind the gap! Research in primary mental health care (Attention au vide! Recherche en santé mentale dans un contexte de soins primaires) », éditorial, *Journal of Mental Health*, vol. 7, n° 3, juin 1998, p. 217-21.**

Bien que l'éditorial de Caan remonte à 1998, les principaux thèmes abordés en matière de recherche en santé mentale dans un contexte de soins primaires sont toujours aussi pertinents aujourd'hui, par exemple, les notions de quantité, de qualité et de crédibilité. Caan fait également un rapide survol des progrès réalisés dans ce domaine à l'échelle internationale.

BC

**CALLAHAN, C. M.** « **Quality improvement research on late life depression in primary care (recherche sur l'amélioration de la qualité en présence de dépression tardive en milieu de soins primaires)** », *Med Care*, vol. 39, n° 8, août 2001, p. 772-784. <PubMed>

Dans cette étude approfondie de la recherche sur l'amélioration de la qualité en présence de dépression tardive, Callahan (2001) évalue l'utilisation des interventions d'éducation et d'amélioration de la qualité visant à accroître la reconnaissance et le traitement de la dépression en milieu de soins primaires. L'auteur dégage brièvement quatre thèmes généraux au moyen de l'énoncé suivant : « 1) le pronostic de la dépression grave dans un contexte de soins primaires habituels est généralement sombre, particulièrement dans les cas de dépression tardive; 2) le soutien informationnel offert aux médecins de premier recours leur est indispensable, mais il ne suffit malheureusement pas à améliorer l'issue de la dépression tardive en milieu de soins primaires; la réussite du traitement préconisé aux lignes directrices exige que le patient soit informé et motivé, et qu'il participe activement à son traitement de concert avec son équipe de soins au sein d'un système de soins de santé conçu pour les malades chroniques; 3) même un excellent traitement préconisé aux lignes directrices se soldera par un échec dans une proportion allant jusqu'à 30 pour cent des personnes âgées traitées en milieu de soins primaires; et 4) les récents efforts déployés pour améliorer la qualité sont axés non seulement sur les compétences cliniques des médecins de premier recours, mais sur la participation des patients dans la prise en charge de leur maladie et sur les stratégies novatrices visant à réformer le système de soins de santé » (p. 772).

**CALLAHAN, E. J.** « **The future of psychology in family medicine (l'avenir de la psychologie dans la médecine générale)** », *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, vol. 4, n° 2, juin 1997, p. 155-166.

Le chercheur Callahan (1997) décrit le rôle global de la psychologie et d'autres sciences du comportement au sein de la médecine générale depuis sa création. La psychologie a contribué à la formation clinique des omnipraticiens, à l'élaboration et à la mise en place d'un programme de recherche et à la création de systèmes de soins intégrés. Callahan considère que la participation des psychologues dans la prestation de soins en collaboration offre d'importantes solutions de rechange à la pharmacothérapie et aux interventions médicales pour les troubles les plus courants. L'augmentation des mesures de dépistage des principaux troubles mentaux ne peut être efficace qu'en présence d'un éventail d'options thérapeutiques, y compris le traitement psychologique.

**CANADA HEALTH INFOWAY / INFOROUTE SANTÉ DU CANADA. 2004. Site accessible à partir de l'adresse :**  
<http://www.infoway-inforoute.ca>.

Inforoute Santé du Canada Inc. est une société indépendante sans but lucratif, composée des 14 sous-ministres de la Santé de l'ensemble du Canada. Créée en 2001, la société s'est donnée pour mandat de fournir des solutions en matière de dossier de santé électronique dans le cadre des régimes de soins de santé provinciaux et territoriaux.

**CAPE, J. et A. PARHAM.** « Relationship between practice counselling and referral to outpatient psychiatry and clinical psychology (lien entre le service de consultation offert par les omnipraticiens et l'orientation des patients vers des services externes de psychiatrie et de psychologie clinique) », *Br J Gen Pract*, vol. 48, n° 433, août 1998, p. 1477-1480. <PubMed>

Au cours de leur enquête sur le lien existant entre le service de consultation offert par les omnipraticiens et l'orientation des patients vers des services de soins secondaires, Cape et Parham (1998) ont émis l'hypothèse selon laquelle la consultation dispensée en médecine générale permettrait de réduire le recours aux soins secondaires. Pendant un an, les auteurs ont relevé le nombre de cas orientés vers des services de soins secondaires au moyen des systèmes d'information de routine dans les principaux services des hôpitaux desservant le quartier d'Islington à Londres, en Angleterre. Ils ont évalué dans quelle mesure les omnipraticiens qui offraient un service de consultation orientaient leurs patients vers des spécialistes comparativement à ceux qui n'offraient pas ce type de service. Ils ont obtenu des résultats contrastés. Ainsi, l'orientation vers les psychologues cliniques a augmenté chez les médecins qui offraient un service de consultation, alors que le nombre de cas où les patients ont été orientés vers un service psychiatrique externe est demeuré le même dans les deux groupes d'omnipraticiens. Cette observation vient donc réfuter l'hypothèse d'une réduction du recours aux soins secondaires lorsqu'un service de consultation est offert en médecine générale.

**CASHMAN, S., P. REIDY, K. CODY et C. LEMAY.** « Developing and measuring progress toward collaborative, integrated, interdisciplinary health care teams (constitution d'équipes interdisciplinaires de soins de santé intégrés dispensés en collaboration et évaluation des progrès) », *J Interprof Care*, vol. 18, n° 2, mai 2004, p. 183-196. <PubMed>

Cashman et ses collaborateurs (2004) ont étudié une intervention visant à renforcer le bon fonctionnement d'une équipe multidisciplinaire de soins de santé travaillant en milieu de soins primaires. Pour ce faire, ils ont utilisé le questionnaire SYMLOG (*System for the Multiple Level Observation of Groups*) pour faire ressortir les changements observés dans le fonctionnement de l'équipe pendant toute la durée de l'étude, puis ont comparé ses valeurs à celles d'une équipe jouissant d'une efficacité optimale. Les auteurs fournissent des renseignements utiles sur les mesures de soutien et les obstacles observés sur les plans institutionnel et organisationnel, de même qu'au sein de l'équipe, qui influencent la constitution d'équipes intégrées travaillant en collaboration.

**CHISHOLM, P. et D. LEMOINE.** « A shared mental health care model (modèle de soins partagés en santé mentale) », *Can Nurse*, vol. 98, n° 9, octobre 2002, p. 22-24. <PubMed>

Chisholm et Lemoine (2002) décrivent un modèle de soins partagés mis au point en Nouvelle-Écosse et subventionné par le Fonds pour l'adaptation des services de santé, créé par le gouvernement fédéral. Ce modèle est établi dans la collectivité et vise essentiellement à maintenir les liens avec les organismes communautaires offrant des services complémentaires aux personnes souffrant de troubles mentaux. Un agent de liaison en santé mentale entretient des rapports avec ces organismes pour discuter des questions touchant les malades mentaux, fournir des évaluations au besoin et orienter les malades dont l'état nécessite des soins supplémentaires.

Les intervenants en santé mentale offrent directement leurs services aux patients comme aux organismes.

**CHURCHILL, R. et H. McGUIRE.** « **Developments in the evidence base in primary care psychiatry (évolution des données probantes en matière de soins psychiatriques primaires)** », *International Review of Psychiatry*, vol. 10, n° 2, mai 1998, p. 143-147.

Churchill et McGuire (1998) analysent l'évolution des données probantes en matière de soins psychiatriques primaires. Leur exposé présente les défis que les médecins de premier recours doivent surmonter pour se maintenir à l'avant-garde des progrès réalisés dans leur domaine. En outre, les auteurs examinent l'utilisation des essais comparatifs à répartition aléatoire et les forces et les faiblesses de ceux-ci. Ils étudient également le rôle du Centre de collaboration Cochrane et du registre des essais comparatifs du *Cochrane Collaboration Depression, Anxiety and Neurosis Review Group*, les évaluations systématiques réalisées dans le domaine des soins psychiatriques primaires, de même que les efforts visant à améliorer la diffusion des données probantes issues de la recherche et leur application en milieu de soins primaires en Angleterre.

**CHUR-HANSEN, A., E. TODD et L. KOPOWITZ.** « **Description and evaluation of an up-skilling workshop for rural and remote mental health practitioners in South Australia (description et évaluation d'un atelier de perfectionnement destiné aux spécialistes en santé mentale dans les régions rurales et éloignées de l'Australie-Méridionale)** », *Australas Psychiatry*, vol. 12, n° 3, septembre 2004, p. 273-277. <PubMed>

Chur-Hansen et ses collaborateurs (2004) rendent compte d'un programme de formation conjointe visant à approfondir les compétences psychiatriques du personnel médical et infirmier dans les régions rurales et éloignées

de l'Australie-Méridionale. Selon les auteurs, les participants se réjouissaient à l'idée de collaborer avec leurs collègues au cours de l'atelier et ont recommandé que tous les intervenants professionnels puissent ultérieurement bénéficier de cette formation. Les participants étaient cependant d'avis que la matière portant sur la prise en charge pharmacologique et sur la neurobiologie de la maladie mentale était difficile à assimiler (chacune de ces unités de formation constituait un module de 30 minutes). Dans l'ensemble, les participants avaient approfondi leurs connaissances et étaient satisfaits de la formation. On devra cependant réaliser une évaluation à plus long terme afin de déterminer la durée de vie des connaissances acquises.

**COCKBURN, K. et P. BERNARD.** « **Child and adolescent mental health within primary care: a study of general practitioners' perceptions (santé mentale de l'enfant et de l'adolescent dans un contexte de soins primaires : une étude sur les perceptions des omnipraticiens)** », *Child and Adolescent Mental Health*, vol. 9, n° 1, février 2004, p. 21-24. <Abstract>

Les chercheurs Cockburn et Bernard (2004) ont étudié les perceptions des omnipraticiens quant à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent dans un contexte de soins primaires dans une administration régionale de santé en Angleterre. À l'aide d'un questionnaire envoyé par la poste, les chercheurs ont interrogé les omnipraticiens sur les points suivants : formation, techniques et compétences pertinentes en santé mentale de l'enfant et de l'adolescent dans un contexte de soins primaires; connaissances dans les domaines clés et niveau d'intérêt pour ce type de pratique; connaissances des services spécialisés offerts localement à l'enfant et à l'adolescent; et besoins de formation. La moitié ou plus des répondants ont évalué leurs capacités à composer avec des problèmes de santé mentale comme étant moins que satisfaisantes dans les trois groupes d'âge, et se considéraient encore moins préparés à traiter ce genre de problème chez l'enfant d'âge



préscolaire. Ces médecins estimaient que leurs lacunes étaient les plus importantes dans les cas de comportements perturbateurs ou de troubles de l'alimentation. Une majorité de répondants se sont également avoués moins que satisfaits de leur niveau de connaissances quant à la nature et à l'évolution des problèmes de santé mentale, ainsi qu'au traitement ou à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent ayant de tels problèmes. Les besoins de formation étaient nombreux, la formation sur l'emploi approprié des psychotropes, le traitement ou la prise en charge des patients et les problèmes de santé mentale chez l'adolescent figurant au sommet de la liste.

**COLOMBO, A., G. BENDELOW, B. FULFORD et S. WILLIAMS.** « **Evaluating the influence of implicit models of mental disorder on processes of shared decision making within community-based multi-disciplinary teams (évaluation de l'influence de modèles implicites de maladie mentale sur les processus de prise de décision partagée au sein d'équipes multidisciplinaires en milieu communautaires)** », *Soc Sci Med*, vol. 56, n° 7, avril 2003, p. 1557-1570. <PubMed>

Dans le cadre de cette étude qualitative, Colombo et ses collaborateurs (2003) ont évalué l'influence exercée par les modèles implicites de maladie mentale sur les processus de prise de décision partagée dans des équipes de santé mentale en milieu communautaires. Les chercheurs ont fait appel à des méthodes qualitatives pour obtenir des données dans cinq groupes distincts appartenant à des équipes multidisciplinaires en milieu communautaires (soit, des psychiatres, du personnel infirmier en psychiatrie communautaire, des travailleurs sociaux agréés, des patients et des membres de leur famille) et auxquels on a demandé de réagir à une illustration de cas normalisée de schizophrénie. Les résultats ont démontré que chaque groupe appuyait implicitement un éventail complexe d'éléments de ces modèles, quant à la nature de la schizophrénie, à la pertinence du traitement

et des soins et aux droits des groupes et à leurs obligations les uns envers les autres. Les différents rapports de force expliqués ont révélé que les structures et les pratiques de travail en place généraient des conflits et des malentendus, tout en restreignant les choix des patients et des praticiens. Les auteurs ont fait ressortir le besoin d'une démarche favorisant une identité commune au sein de l'équipe, le partage des ressources et un rôle défini et accepté pour la participation de l'utilisateur aux décisions relatives aux soins.

**COOK, A., J. DAVIS. et L. VANCLAY.** « **Shared learning in practice placements for health and social work students in East London: a feasibility study (apprentissage mutualisé dans les stages pratiques des étudiants en santé et en travail social dans l'est de Londres : une étude de faisabilité)** », *J Interprof Care*, vol. 15, n° 2, mai 2001, p. 185-190. <PubMed>

Cook et ses collaborateurs (2001) ont examiné la faisabilité de créer des occasions d'apprentissage mutualisé dans le cadre de stages pratiques en milieu communautaires. Lors de l'étude, des étudiants en travail social, en soins infirmiers communautaires et en ergothérapie ont fait des stages dans des cabinets d'omnipraticiens et dans des milieux de soins primaires dans l'est de Londres, en Angleterre. L'une des difficultés consistait à faire en sorte que les compétences professionnelles et les connaissances des étudiants inscrits à ces programmes soient comparables pour tous les stages. Une autre difficulté a été de trouver et d'embaucher des superviseurs aptes à assurer l'encadrement de ces stages multidisciplinaires. L'appui global au projet pilote a été considérable, mais ses créateurs ont dû faire face à d'importantes difficultés sur le plan organisationnel lors de la mise en contact des étudiants des diverses disciplines. Bien que l'apprentissage pratique mutualisé reçoive un large appui, de nombreux intervenants expriment des réserves quant à la viabilité de tels projets. Toutefois, en laissant de tels projets à la périphérie de la formation professionnelle et de



l'enseignement, cela ne pourra que retarder la progression de la normalisation des soins axés sur la collaboration.

**COOK, G., K. GERRISH et C. CLARKE.**  
« **Decision-making in teams: issues arising from two UK evaluations (prise de décision en équipe : questions issues de deux évaluations réalisées au Royaume-Uni)** », *J Interprof Care*, vol. 15, n° 2, mai 2001, p. 141-151. <PubMed>

Cook et ses collaborateurs (2001) ont étudié la prise de décision au sein d'équipes de soins de santé. Pour ce faire, ils ont utilisé des données tirées de deux études d'évaluation réalisées en Angleterre. Les auteurs ont évalué les décisions prises au sujet des soins prodigués aux usagers et le plus grand soutien accordé à la prise de décision dans les équipes qui favorisaient la résolution créative de problèmes. Le mode de fonctionnement des équipes influait sur les décisions des membres; la prestation des soins a évolué pour passer d'une réponse à une situation de crise à une démarche proactive davantage axée sur l'utilisateur. Les auteurs sont arrivés à la conclusion que le respect accordé aux décisions prises par l'équipe accroît les forces de l'équipe interdisciplinaire.

**COOK, S. et A. HOWE.** « **Engaging people with enduring psychotic conditions in primary mental health care and occupational therapy (participation des personnes atteintes de troubles psychotiques persistants à des soins primaires de santé mentale comprenant une ergothérapie)** », *British Journal of Occupational Therapy*, vol. 66, n° 6, juin 2003, p. 236-246.

Les chercheurs Cook et Howe (2003) ont conçu et testé un nouveau modèle de services visant à améliorer le fonctionnement sur le plan social de personnes atteintes de troubles psychotiques persistants. L'intégration de l'ergothérapie aux soins primaires constituait un des éléments du programme. À l'aide d'un modèle d'étude de cas, les deux chercheurs ont examiné des paramètres comme l'engagement,

les résultats sur les plans clinique ou social et les répercussions sur les coûts. Les conclusions auxquelles ils sont parvenus les incitent à penser que l'élargissement des soins primaires pour y inclure l'ergothérapie et la prise en charge des cas est à la fois réalisable et efficace auprès de ce groupe d'utilisateurs.

**COOPER, L. A., C. BROWN, H. T. VU, D. R. PALENCHAR, J. J. GONZALES, D. E. FORD et N.R. POWE.** « **Primary care patients' opinions regarding the importance of various aspects of care for depression (opinions de patients recevant des soins primaires sur l'importance des différents aspects du traitement de la dépression)** », *Gen Hosp Psychiatry*, vol. 22, n° 3, mai-juin 2000, p. 163-173. <PubMed>

Cooper et ses collaborateurs (2000) discutent de leur outil innovateur visant à évaluer l'attitude de patients dépressifs à l'égard des soins primaires qu'ils reçoivent et leur satisfaction quant à ces soins. Des personnes atteintes de dépression dont l'intensité allait de légère à grave ont été recrutées pour participer à des groupes de consultation sur ce qu'elles considéraient comme les éléments les plus importants du traitement de la dépression. Ces éléments ont ensuite été intégrés à un questionnaire dans lequel les sujets devaient leur attribuer une cote d'importance. Deux versions du questionnaire intitulé « Patient Attitudes and Ratings of Care for Depression (attitudes du patient et évaluation du traitement de la dépression) », ou PARC-D, ont été élaborées à partir de l'analyse des éléments les plus importants aux yeux des personnes qui reçoivent un traitement pour la dépression, soit un questionnaire comportant 30 éléments à évaluer et un autre en comportant 16. La méthode d'élaboration d'un instrument centrée sur le patient appliquée dans le cadre de cette étude a permis de créer un outil qui pourrait améliorer les soins axés sur la collaboration chez les personnes dépressives.

**CORNEY, R. H.** « **Social work involvement in primary care settings and mental health centres: A survey in England and Wales (rôle du travail social dans un contexte de soins primaires et dans les centres de santé mentale : un sondage réalisé en Angleterre et au pays de Galles)** », *Journal of Mental Health*, vol. 4, n° 3, juillet 1995, p. 275-280. Résumé disponible à l'adresse <http://taylorandfrancis.metapress.com/openurl.asp?genre=article&eissn=1360-0567&volume=4&issue=3&page=275>.

Corney (1995) s'est penché sur la participation des travailleurs sociaux en médecine générale et dans les centres de santé communautaires en Angleterre et au pays de Galles. Les résultats du sondage (taux de réponse de 88 pour cent) ont indiqué que 70 pour cent des cabinets de médecine générale avaient une ou plusieurs ententes de collaboration avec des travailleurs sociaux (soit un plan d'accompagnement où le travailleur social travaille dans un milieu de soins primaires tout en étant employé par un organisme de travail social, soit un plan de liaison où le prestataire de soins primaires consulte le travailleur social aux bureaux de l'organisme de travail social), et que 5 pour cent de ces cabinets planifiaient établir une telle collaboration. Cinquante-six pour cent des administrations avaient des liaisons officielles avec des omnipraticiens et des travailleurs sociaux, tandis que 38 pour cent d'entre elles n'avaient aucun plan de liaison avec des travailleurs sociaux; 38 pour cent des administrations avaient un plan d'accompagnement ou de liaison et 24 pour cent avaient les deux. Ces ententes étaient beaucoup plus courantes dans les régions rurales que dans les régions métropolitaines ou dans les arrondissements de Londres. L'auteur s'est également intéressé aux spécialités des travailleurs sociaux : dans les 60 administrations où des ententes existaient avec des travailleurs sociaux, 24 ont précisé que les travailleurs sociaux n'étaient pas spécialisés et qu'ils acceptaient tous les types de cas qui leur étaient adressés. Dans 32 administrations, le travailleur social était spécialisé en santé mentale.

Les travailleurs sociaux travaillaient directement ou faisaient de l'accompagnement dans 76 pour cent des centres de santé communautaires de plus de 70 pour cent des administrations. Les autres centres ont indiqué qu'ils avaient mis en place des plans de liaison avec des travailleurs sociaux. En comparant ses résultats avec ceux de sondages antérieurs, Corney remarque que le nombre de plans d'accompagnement et de liaison a décliné dans les années 1980 à la suite des réductions budgétaires; toutefois, les deux pays considéraient comme importants les liens avec les travailleurs sociaux pour la prestation des soins de santé primaires.

**COYNE, J.C., G. BROWN, C. DATTO, M. L. BRUCE, H. C. SCHULBERG et I. KATZ.** « **The benefits of a broader perspective in case-finding for disease management of depression: early lessons from the PROSPECT Study (les bienfaits d'une perspective plus large dans la recherche de cas visant la prise en charge de la dépression : leçons préliminaires de l'étude PROSPECT)** », *Int J Geriatr Psychiatry*, vol. 16, n° 6, juin 2001, p. 570-576. <PubMed>

Coyne et ses collaborateurs (2001) ont utilisé les données de dépistage de l'étude PROSPECT (Prevention of Suicide in Primary Care Elderly-Collaborative Trial) afin d'évaluer les effets de l'inclusion additionnelle de patients prenant des psychotropes ou ayant des antécédents de dépression. Pour des raisons d'ordre scientifique et clinique, seuls les patients répondant aux critères diagnostiques de la dépression grave, de la dépression légère ou de la dysthymie avaient été admis à l'étude initiale. Toutefois, Coyne et ses collaborateurs souhaitaient évaluer la nécessité d'un programme d'intervention plus large pour reconnaître la dépression chronique et récurrente, les épisodes récurrents, les symptômes intermittents et les rémissions associés à la dépression chez l'adulte de différents groupes d'âge. Les résultats qu'ils ont obtenus montrent que l'on pourrait repérer davantage de cas si les critères étaient élargis, ce qui laisse

croire que des méthodes plus englobantes visant la prise en charge des personnes dépressives devraient tenir compte des personnes qui prennent déjà des psychotropes, manifestent des symptômes, possèdent des antécédents de dépression ou présentent un syndrome dépressif.

**COYNE, J.C. et R. THOMPSON.** « **Psychologists entering primary care: Manhattan cannot be bought for \$24 worth of beads (des psychologues en soins primaires : impossible d'acheter la ville de Manhattan pour 24 \$ de perles)** », *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol. 10, n° 1, printemps 2003, p. 102-108. <Abstract>

Les chercheurs Coyne et Thompson (2003) font ressortir que les psychologues participant aux soins primaires sont utilisés au mieux, non pas en tant que premiers intervenants, mais plutôt en tant que responsables de la conception et de la supervision de services collaboratifs accrus et de l'évaluation de ces services. Dans leurs remarques sur l'argument habituel quant à l'effet compensatoire sur les coûts appuyant un court traitement ou une psychothérapie dans le contexte des soins primaires, les chercheurs signalent que l'une des sources qui avait fait cette allégation à l'origine n'a jamais été publiée et qu'une autre étude clé ne mentionne aucun effet compensatoire de la thérapie sur les coûts. Selon les auteurs, l'effet compensatoire sur les coûts constitue un piètre paramètre d'évaluation de l'apport potentiel des psychologues aux soins de santé primaires.

**CRASKE, M.G., P. ROY-BYRNE, M. B. STEIN, C. DONALD-SHERBOURNE, A. BYSTRITSKY, W. KATON et G. SULLIVAN.** « **Treating panic disorder in primary care: a collaborative care intervention (traitement des troubles paniques dans un contexte de soins primaires : une intervention axée sur la collaboration)** », *Gen Hosp Psychiatry*, vol. 24, n° 3, mai-juin 2002, p. 148-155. <PubMed>

Craske et ses collaborateurs (2002) décrivent un modèle pour le traitement en collaboration

des troubles paniques dans un contexte de soins primaires. Les soins prodigués par le médecin de premier recours et le thérapeute du comportement comprennent une thérapie cognitivo-comportementale et des médicaments; le psychiatre offre une consultation directe au patient, si besoin est, et consulte le médecin de premier recours au sujet de la médication à prescrire. La souplesse du traitement est maintenue afin de respecter les préférences des personnes ayant besoin de soins. Le thérapeute assure un suivi par des rencontres individuelles ou des appels téléphoniques tout au cours de l'année. Les auteurs décrivent le traitement en collaboration des troubles paniques et mentionnent qu'un manuel de traitement est disponible sur demande. Une étude plus approfondie de l'efficacité et des coûts de ce modèle est prévue.

**CRAWFORD, M.J., M. PRINCE, P. MENEZES et A. H. MANN.** « **The recognition and treatment of depression in older people in primary care (reconnaissance et traitement de la dépression chez les personnes âgées dans un contexte de soins primaires)** », *Int J Geriatr Psychiatry*, vol. 13, n° 3, mars 1998, p. 172-176. <PubMed>

Crawford et ses collaborateurs (1998) ont réalisé une étude transversale visant à déterminer quelle connaissance les omnipraticiens ont de la dépression chez les personnes âgées et des caractéristiques présentées par les patients moins susceptibles d'être repérés et traités. Au total, 510 Anglais inscrits auprès de 28 omnipraticiens exerçant dans 13 cliniques ont participé à cette étude. Les auteurs ont constaté que les médecins avaient repéré 51 pour cent des 70 personnes atteintes de dépression. Les hommes, les personnes mariées, les personnes souffrant d'un handicap physique important ou d'une déficience visuelle et les personnes peu scolarisées constituaient les patients les moins susceptibles d'être repérés. Douze patients ont été traités à l'aide de psychotropes ou orientés vers les services dont ils avaient besoin.

**CREWS, C., H. BATAL, T. ELASY, E. CASPER et P. S. MEHLER.** « **Primary care for those with severe and persistent mental illness (soins primaires prodigués aux personnes atteintes d'une maladie mentale grave et persistante)** », *West J Med*, vol. 169, n° 4, octobre 1998, p. 245-250. <PubMed>

Crews et ses collaborateurs (1998) décrivent les cliniques de soins primaires créées en partenariat avec les services publics externes de santé mentale et un grand centre médical de Denver, au Colorado. Ces cliniques étaient dotées d'internes, le personnel médical jugé le plus apte à répondre à tous les types de problèmes médicaux affectant les personnes atteintes d'une maladie mentale. La prestation des soins primaires aux personnes orientées vers les services dans le cadre du programme de santé mentale a été faite en partenariat avec les responsables de cas et les psychiatres du programme de santé mentale, bien que les services aient été en réalité livrés à raison de deux demi séances par semaine dans un centre de santé communautaire. Les auteurs présentent les résultats préliminaires obtenus chez les patients après six mois d'activités et discutent en profondeur des facteurs qui influent sur la prestation des soins médicaux primaires aux personnes atteintes d'une maladie mentale grave.

**DAVIS, T. F. et G. BLITZ.** « **Forming a multidisciplinary team (former une équipe multidisciplinaire)** » dans **Blount, A., éditeur : *Integrated primary care: the future of medical and mental health collaboration (des soins primaires intégrés : l'avenir de la collaboration entre la médecine et la santé mentale)***, New York, Norton, 1998, p. 228-246.

Davis et Blitz (1998) ont recours à la narration analytique pour raconter l'expérience qu'ils ont vécue en formant une équipe multidisciplinaire de soins de santé mentale primaires. Ils décrivent les concepts et principes qu'ils ont appris : objectifs partagés par les membres de l'équipe, missions et résultats attendus; appartenance à l'équipe et à sa propre collectivité professionnelle

et capacité de fonctionner dans la culture soi-disant étrangère d'autres collectivités professionnelles sans perdre sa propre identité professionnelle; statuts, rôles et responsabilités, à savoir les connaissances, les habiletés et la sagesse des membres provenant des différentes disciplines, résolution des conflits et rendement amélioré de l'équipe; prise de décisions conjointe fondée sur les multiples disciplines représentées au sein de l'équipe; et mise au point d'un langage, de pratiques et d'expériences communs et, avec le temps, d'une vision commune.

**DAW, J.** « **New rule will change the psychologist physician relationship (de nouvelles règles vont changer les relations entre les psychologues et les médecins)** », *Monitor on Psychology* [série sur Internet], vol. 32, n° 4, avril 2001, [environ 7 p.]. <FullText> Disponible à : <http://www.apa.org/monitor/apr01/physicians.html>

Dans une discussion sur les nouvelles règles de l'Accreditation Council for Graduate Medical Education, Daw (2001) explore la question de la formation pour la collaboration des professionnels de santé mentale et des médecins. Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2001, le Conseil exige que les programmes de résidence mettent des programmes pilotes pour satisfaire plusieurs exigences en matière de compétences de base qui favorisent une approche intégrée des soins. Afin d'offrir un service efficace et économique, tous les résidents doivent apprendre à travailler en équipe et en collaboration avec d'autres professionnels. Les règles stipulent également qu'à l'obtention de leur diplôme, les résidents doivent démontrer qu'ils connaissent les sciences cognitive, clinique et biomédicale émergentes et qu'ils sont en mesure d'appliquer ces connaissances aux soins des patients. Ces caractéristiques doivent être évaluées par des programmes d'accréditation. Dans le même ordre d'idées, l'American Psychology Association s'est employée à mettre au point un programme type pour la formation sur les soins collaboratifs à l'intention des psychologues.

**DEA, R. A.** « The integration of primary care and behavioral healthcare in Northern California Kaiser-Permanente (l'intégration des soins primaires et des soins de santé comportementale à Kaiser Permanente en Californie) », *Psychiatr Q*, vol. 71, n° 1, printemps 2000, p. 17-29. <PubMed>

Dea (2000) décrit l'intégration des soins primaires et de santé mentale prônée par l'institut Kaiser Permanente, une organisation de gestion des soins de santé de la Californie du Nord. L'auteur donne un aperçu très utile des éléments essentiels aux soins collaboratifs, y compris des principes de collaboration et les arguments en sa faveur, des questions d'évaluation des besoins et des éléments structuraux.

**DE ALBA, I., J. H. SAMET et R. SAITZ.** « Burden of medical illness in drug- and alcohol-dependent persons without primary care (le fardeau de la maladie chez les toxicomanes et les alcooliques ne recevant pas de soins primaires) », *Am J Addict*, vol. 13, n° 1, janvier-février 2004, p. 33-45. <PubMed>

De Alba et ses collaborateurs (2004) ont évalué le fardeau de la maladie, recensé les caractéristiques des patients et les dépendances associées à une mauvaise santé physique et comparé les mesures du fardeau de la maladie dans une population de toxicomanes et d'alcooliques ne recevant pas de soins primaires. L'échantillon provient de patients admis dans une unité de désintoxication en milieu urbain. Les facteurs associés à une mauvaise santé sont les suivants : sexe féminin, consommation d'hallucinogènes, d'héroïne et d'autres opiacés, le fait de vivre seul, d'avoir une assurance médicale, d'être plus âgé. Les auteurs concluent que les personnes souffrant d'une dépendance constituent un fardeau médical considérable.

**DEBAR, L. L., G. N. CLARKE, E. O'CONNOR et G. A. NICHOLS.** « Treated prevalence, incidence, and pharmacotherapy of child and adolescent mood disorders in an HMO (prévalence, incidence et pharmacothérapie des troubles de l'humeur chez les enfants et les adolescents traités dans une OSSI) », *Ment Health Serv Res*, vol. 3, n° 2, juin 2001, p. 73-89. <PubMed>

DeBar et ses collaborateurs (2001) ont examiné la prévalence, l'incidence et la pharmacothérapie des troubles de l'humeur d'enfants et adolescents traités dans une organisation de soins de santé intégrés. L'étude avait pour but de déterminer quelle proportion de tous les jeunes traités pour troubles mentaux sont traités pour une dépression. L'étude portait également sur le contexte dans lequel les jeunes sont traités (soins primaires et médicaux spécialisés par rapport à soins de santé mentale spécialisés), le taux et le type de pharmacothérapie qu'ils reçoivent ainsi que le lien entre les troubles de l'humeur des jeunes et l'utilisation des services de santé dans ces contextes. Les modèles de prévalence généraux des différents groupes d'âge et genres, bien que légèrement inférieurs, correspondent à ceux que rapportent les études épidémiologiques. Les prestataires de soins primaires ont diagnostiqué des troubles de l'humeur chez plus de jeunes. Les antidépresseurs ont été plus souvent prescrits aux jeunes diagnostiqués dans un contexte médical qu'à ceux diagnostiqués dans un contexte de services spécialisés en santé mentale. Les auteurs ont remarqué qu'il n'y avait pas tellement d'autres traitements que la pharmacothérapie dans les services de soins primaires et que les personnes souffrant d'un problème simple n'étant pas orientées vers un service de soins spécialisés étaient plus susceptibles d'être traitées à l'aide de médicaments, d'où les taux plus élevés. Les auteurs concluent que leur étude a permis de recueillir des renseignements importants sur les modèles de soins dont bénéficient les jeunes dans une organisation de soins intégrés, d'évaluer le rôle que jouent les services médicaux

et de santé mentale dans la reconnaissance et le traitement des jeunes souffrant de troubles de l'humeur, de démontrer l'utilité des bases de données électroniques relativement à l'information médicale, de décrire les pratiques cliniques utilisées en contexte réel et de démontrer que les jeunes souffrant de troubles de l'humeur reçoivent un traitement approprié. Les auteurs recommandent que la recherche se poursuive en ce qui a trait à la pharmacothérapie destinée aux jeunes, particulièrement en ce qui concerne les points suivants : la posologie adéquate et la durée du traitement; les autres types ou combinaisons de traitements, lorsqu'ils sont indiqués, dans des contextes de soins primaires et de soins médicaux spécialisés ou de soins de santé mentale spécialisés; les traitements offerts dans les contextes non médicaux; les efforts déployés pour accroître la qualité des services offerts et l'incidence de ces services sur les résultats obtenus avec les jeunes.

**DEGRUY, F. V. III. « The primary care provider's view (point de vue du prestataire de soins primaires) », *New Dir Ment Health Serv*, vol. 81, printemps 1999, p. 33-39. <PubMed>**

DeGruy (1999) présente le point de vue du prestataire de soins primaires sur les problèmes et les soins de santé mentale et il examine les possibilités de collaboration avec les prestataires de soins de santé mentale. Il décrit en six points l'incidence que les soins primaires ont sur les soins de santé mentale.

1. Les soins sont rapides; les visites sont courtes; et plusieurs problèmes sont traités simultanément, puisque les interruptions font partie intégrante du travail.
2. Beaucoup de patients ont des problèmes comportementaux qui nécessitent une vaste gamme d'interventions de la part des prestataires de soins primaires et des autres consultants. Ce n'est pas possible ou efficace de traiter les problèmes comportementaux comme des entités diagnostiques distinctes; cela fait partie intégrante de la prestation des soins primaires.

3. Beaucoup de troubles mentaux ne sont pas répertoriés dans la nosologie du manuel des diagnostics et statistiques, mais ils requièrent tout de même une attention.
4. Les médecins en soins primaires doivent se débattre avec un lot de demandes concurrentielles, et la recherche de troubles mentaux non détectés n'est pas toujours une priorité.
5. Certaines personnes n'acceptent pas d'être orientées vers un service de santé mentale, ou refusent d'admettre qu'elles souffrent d'un trouble mental nécessitant une intervention en soins primaires.
6. Il existe un certain degré de soins de santé mentale invisibles au niveau des soins primaires. Certains troubles sont traités indirectement en même temps que l'état énoncé.

DeGruy remarque que les prestataires de soins primaires et de santé mentale doivent faire quelques ajustements pour que la collaboration soit réussie, comme par exemple avoir un accès immédiat, partager l'information médicale, faire en sorte que les consultants en santé mentale soient disponibles afin que la consultation soit plus proactive, élargir l'expérience des consultants en santé mentale afin d'y inclure les troubles mentaux associés aux maladies chroniques, et ajuster le déploiement local des ressources en santé mentale afin que leur distribution soit plus rationnelle et qu'elle inclut les intervenants en soins primaires.

**DEWA, C. S., J. S. HOCH et P. GOERING. « Using financial incentives to promote shared mental health care (faire appel à des incitatifs financiers pour favoriser l'intégration des soins de santé mentale) », *Can J Psychiatry*, vol. 46, n° 6, août 2001, p. 488-495. <PubMed> <FullText>**

Dewa et ses collaborateurs (2001) passent en revue les régimes de rémunération relatifs aux soins primaires et les incitatifs financiers qui s'y rattachent, ainsi que leurs répercussions sur une gestion intégrée des soins. Le partage des risques, l'entité assumant les coûts et l'étendue de ces

D

coûts forment un élément clé de toute stratégie de remboursement. Peu importe qui elle est, l'entité qui assume les coûts a de bonnes raisons de vouloir les limiter. Le partage des risques peut relever du payeur, du prestataire ou des deux. Les régimes de rémunération sont prospectifs ou rétrospectifs; le paiement per capita relève de la première catégorie et le paiement à l'acte de la deuxième catégorie. Les mesures incitatives ou dissuasives associées à chacun de ces régimes encouragent les prestataires de soins primaires à collaborer ou, au contraire, les en dissuadent.

**DICKEY, B., S. L. NORMAND, R. D. WEISS, R. E. DRAKE et H. AZENI. « Medical morbidity, mental illness, and substance use disorders (morbidité médicale, maladie mentale et troubles liés à l'abus de drogues et d'alcool) », *Psychiatr Serv*, vol. 53, n° 7, juillet 2002, p. 861-867. <PubMed> <FullText>**

Dickey et ses collaborateurs (2002) examinent la morbidité médicale, la maladie mentale et les troubles liés à l'abus de drogues et d'alcool pour déterminer si certains troubles médicaux sont plus courants parmi les adultes souffrant d'une maladie mentale grave et si les troubles comorbides d'abus de drogues et d'alcool augmentent la prévalence au-delà des effets de la seule maladie mentale. Dans un large échantillon de 26 332 patients Medicaid âgés de 18 à 64 ans, 11 185 patients avaient été traités pour une maladie mentale grave. L'étude a démontré que ceux-ci couraient un risque, ajusté selon l'âge et le sexe, passablement plus élevé de souffrir de problèmes médicaux. Ceux qui avaient des troubles concurrents étaient les plus à risque de souffrir de cinq des troubles étudiés. L'étude suggère que les troubles liés à l'abus de drogues et d'alcool constituent des facteurs de risque importants et qu'ils doivent être diagnostiqués tôt; que l'intégration des traitements des problèmes médicaux et des maladies mentales graves devrait être une priorité; et que des techniques de prise en charge autonome des maladies devraient être élaborées.

**DIETRICH, A. J., T. E. OXMAN, J. W. WILLIAMS Jr, K. KROENKE, H. C. SCHULBERG, M. BRUCE et S. L. BARRY. « Going to scale: re-engineering systems for primary care treatment of depression (réingénierie des systèmes pour un traitement de la dépression à la portée de la collectivité dans un contexte de soins primaires) », *Ann Fam Med*, vol. 2, n° 4, juillet-août 2004, p. 301-304. <PubMed>**

Dietrich et ses collaborateurs (2004) présentent les résultats préliminaires de leur essai clinique comparatif à répartition aléatoire sur la réingénierie des systèmes visant à créer un modèle de traitement de la dépression dans le contexte des soins primaires. L'étude comportait des évaluations subséquentes de la viabilité et de la dissémination de ce modèle de soins pour malades chroniques ainsi que des détails sur la stratégie utilisée pour changer la pratique dans les organisations participantes. Le processus en quatre étapes, fondé sur une théorie de l'innovation, repose sur l'engagement, le renforcement des capacités dans l'organisation de soins de santé, le renforcement des capacités en préparant les cliniciens et pratiques de soins primaires à adopter systématiquement des mesures de prise en charge de la dépression, et un soutien continu pour renforcer le changement de pratique. Les auteurs considèrent que cette étude est la première à faire un lien entre un essai clinique comparatif à répartition aléatoire et la dissémination subséquente du modèle.

**DIXON, L., L. POSTRADO, J. DELAHANTY, P. J. FISCHER et A. LEHMAN. « The association of medical comorbidity in schizophrenia with poor physical and mental health (lien entre la comorbidité médicale dans la schizophrénie et une mauvaise santé physique et mentale) », *J Nerv Ment Dis*, vol. 187, n° 8, août 1999, p. 496-502. <PubMed>**

Dixon et ses collaborateurs (1999) ont étudié des schizophrènes afin de déterminer la prévalence des états de comorbidité médicale ainsi que le lien entre cette comorbidité et l'état physique et mental des patients. L'étude, qui portait sur



un échantillon de 719 personnes, a démontré qu'une majorité d'entre elles souffrait d'un problème médical. Les problèmes les plus courants concernaient la vue, la tension artérielle et les dents. En comparaison, les personnes aux prises avec plus d'un problème médical semblaient en moins bonne condition physique, atteintes de psychoses et de dépressions plus graves et plus susceptibles d'avoir commis des tentatives de suicide.

**DOBMEYER, A. C., A. B. ROWAN, J. R. ETHERAGE et R. J. WILSON. « Training psychology interns in primary behavioral health care (former les internes en psychologie au traitement des troubles comportementaux dans le contexte des soins primaires) », *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 34, n° 6, décembre 2003, p. 586-594.**

Dobmeyer et ses collaborateurs (2003) plaident en faveur d'un programme de formation intensif sur le traitement des troubles comportementaux dans le contexte des soins primaires que devraient recevoir les internes du doctorat en psychologie. Les auteurs examinent les éléments probants et font des suggestions quant aux compétences que devrait inclure cette formation : psychologie générale, psychologie de la santé, fonctionnement d'une équipe interdisciplinaire et habiletés spécifiques aux soins primaires. Leur description de la rotation de formation souligne les éléments de soins auxquels les internes devront considérablement s'adapter s'ils veulent se conformer au style et à la culture des soins primaires. Ces éléments sont résumés dans un tableau d'une page, qui comprend également les mesures correctives.

**DOBSCHA, S. K. et L. GANZINI. « A program for teaching psychiatric residents to provide integrated psychiatric and primary medical care (programme visant à enseigner aux résidents en psychiatrie à offrir des soins psychiatriques et médicaux intégrés) », *Psychiatr Serv*, vol. 52, n° 12, décembre 2001, p. 1651-1653. <PubMed> <FullText>**

Dobscha et Ganzini (2001) décrivent les résultats de la première année d'un programme suivi par des résidents psychiatriques en soins collaboratifs. Pendant leur deuxième ou troisième année d'études supérieures, les résidents sont entrés au Psychiatry Primary Medical Centre (PPMC) et ils y sont restés jusqu'à la fin de leur résidence. Le PPMC est organisé de telle sorte que les résidents en psychiatrie et en médecine travaillent côte à côte, sous la supervision de précepteurs en psychiatrie et en médecine. Les résidents doivent passer une demi-journée par semaine dans une clinique de soins médicaux ambulatoires. Ils assistent également à des conférences sur des sujets médicaux et la jonction entre les soins primaires et secondaires. Les patients qui participent au programme doivent souffrir d'au moins un trouble psychique et beaucoup d'entre eux souffrent également de problèmes médicaux; ceux qui souffrent de graves problèmes médicaux sont toutefois exclus. Dans l'ensemble, le programme a été une réussite pendant sa première année d'existence : sept résidents ont fourni des services intégrés à 34 patients au cours de 174 visites d'une durée plus longue que la moyenne. Les patients ont été très satisfaits des soins reçus et ils ont aimé le fait que ces soins soient fournis par un même prestataire. Les membres de la faculté ont beaucoup aimé enseigner dans le cadre de ce programme et les résidents se sont dits satisfaits de la supervision combinée qu'ils ont reçue. Les auteurs notent que le programme pourrait être adapté à des contextes de soins médicaux et de santé mentale qui ne sont pas des établissements d'enseignement et suggèrent d'adapter la formation pour les gestionnaires de cas, les

D

infirmières et les infirmiers praticiens et les auxiliaires médicaux.

**DODDS, S., N. T. BLANEY, E. M. NUEHRING, T. BLAKLEY, J.-M. LIZOTTE, J. E. POTTER et M. J. O'SULLIVAN.** « Integrating mental health services into primary care for HIV-infected pregnant and non-pregnant women: Whole Life-a theoretically derived model for clinical care and outcomes assessment (intégration des soins de santé mentale aux soins primaires fournis aux femmes enceintes ou non atteintes du VIH) », *Gen Hosp Psychiatry*, vol. 22, n° 4, juillet-août 2000, p. 251-260. <PubMed>

Dodds et ses collaborateurs (2000) présentent le modèle théorique qu'ils ont conçu pour intégrer les services de santé mentale aux soins primaires fournis aux femmes enceintes ou non atteintes du VIH. Appelé *Whole Life*, ce programme a été conçu pour les départements de psychiatrie, d'obstétrique et de gynécologie de la faculté de médecine de la University of Miami. Le modèle, dérivé en partie d'un cadre de travail conceptuel pour l'étude de la santé, de la maladie et du stress, pose comme postulat la voie des effets spécifiques et permet la prestation de soins cliniques (intégration véritable du personnel et du système) et la recherche sur les résultats pour les patients. Une des caractéristiques dominantes du programme est le protocole d'évaluation approfondie utilisé pendant les deux premières consultations, par deux types de professionnel. Un plan de services en découle et les résultats de l'évaluation constituent le dossier clinique et les résultats de la recherche.

**DODDS, S., E. M. NUEHRING, N. T. BLANEY, T. BLAKLEY, J. M. LIZOTTE, M. LOPEZ, J. E. POTTER et M. J. O'SULLIVAN.** « Integrating mental health services into primary care for women: the Whole Life project (intégration des soins de santé mentale aux soins primaires fournis aux femmes : projet Whole Life) », *Public Health Rep*, vol. 119, n° 1, janvier-février 2004, p. 48-59. <PubMed>

Dodds et ses collaborateurs (2004) décrivent le cadre de travail conceptuel du projet *Whole Life*, les stratégies d'intégration et de mise en œuvre, les effets de l'intégration et les leçons apprises. L'intégration complète va bien au-delà de l'intégration typique des soins de santé physique et comportementale. Le programme consiste en un système de services axé sur les femmes intégrant des services de soutien en santé mentale, abus de drogues et d'alcool et traumatismes à des soins primaires pour le VIH, des services gynécologiques et obstétriques, une consultation psychologique, une gestion de cas aux fins de transfert et de l'aide concrète dans la vie quotidienne. L'intégration du programme a pris de l'expansion en cours de route. À cause des changements apportés aux structures organisationnelles, à la prestation de services et à la conceptualisation du prestataire de soins pour les femmes infectées par le VIH, le projet a été soutenu au-delà de la période de démonstration aux fins de subvention.

**DOUGLAS, S. et T. MACHIN.** « A model for setting up interdisciplinary collaborative working in groups: lessons from an experience of action learning (modèle d'intégration du travail d'équipe interdisciplinaire au sein des groupes : leçons apprises par une expérience d'apprentissage actif) », *J Psychiatr Ment Health Nurs*, vol. 11, n° 2, avril 2004, p. 189-193. <PubMed>

Douglas et Machin (2004) font l'évaluation quantitative de l'expérience vécue par les membres d'un groupe professionnel participant à une expérience d'apprentissage actif et suggèrent un modèle pour intégrer le travail

d'équipe interdisciplinaire dans les groupes. L'apprentissage actif est une façon de gérer les changements organisationnels en amenant les personnes à résoudre ensemble les problèmes des autres, ainsi qu'un moyen d'apprentissage et de développement personnel. Dans le cas présent, l'apprentissage actif consistait pour des intervenants en soins primaires et en soins de santé mentale à étudier le potentiel de changement. Le processus d'apprentissage – et plus précisément l'expérience qualitative des membres du groupe professionnel – était l'élément central de l'étude. Bien que la séquence d'apprentissage ait été interrompue après seulement deux séances (en raison de la maladie du chef de projet), les renseignements obtenus lors d'entrevues avec les participants ont été analysés pour trouver des points communs. En voici les résultats.

- ∞ Dynamique du projet.
- ∞ Soutien (des participants et des gestionnaires).
- ∞ Pouvoir (place des participants dans l'organisation et leur degré d'autonomie dans le poste qu'ils occupent).
- ∞ Contexte (éléments ayant une influence sur le groupe dans un contexte plus large).
- ∞ Vie de groupe (composition du groupe, son attitude par rapport à la tâche et la façon dont cela influe sur la dynamique du projet).
- ∞ Obstacles (apprentissage inapproprié pour la tâche, capacité des membres à se concentrer sur le travail d'équipe).

Le modèle définit la dynamique du projet comme le concept clé, et les autres éléments comme en découlant. Le soutien, le pouvoir, le contexte et la vie de groupe auraient pu influencer sur la dynamique du projet d'une façon positive ou négative. Le modèle pourrait être utile pour lancer des projets de groupe précis.

**DRUSS, B. G. « The mental health/primary care interface in the United States: history, structure, and context (interaction des soins de santé mentale et des soins primaires aux États-Unis : l'histoire, la structure, le contexte) », *Gen Hosp Psychiatry*, vol. 24, n° 4, juillet-août 2002, p. 197-202. <PubMed>**

Dans une discussion sur l'histoire, la structure et le contexte de l'interaction des soins de santé mentale et des soins primaires aux États-Unis, Druss (2002) trace un portrait assez large du traitement des troubles mentaux en milieu médical et des soins médicaux fournis aux personnes souffrant de maladie mentale grave. La partie historique suit le cycle de croissance, puis le repli de la médecine de première ligne au 20<sup>e</sup> siècle ainsi que le développement parallèle du traitement de la maladie mentale. Druss passe en revue quatre éléments clés des soins primaires – premier contact, longitunalité, intégralité et coordination – et fait quelques suggestions pour améliorer l'intégration des soins primaires aux soins spécialisés en santé mentale.

**DRUSS, B. G., R. M. ROHRBAUGH, C. L. MILLER et R. A. ROSENHECK. « Integrated medical care for patients with serious psychiatric illness: a randomized trial (des soins médicaux intégrés pour les patients souffrant de troubles psychiatriques graves : un essai clinique à répartition aléatoire) », *Arch Gen Psychiatry*, vol. 58, n° 9, septembre 2001, p. 861-868. <PubMed>**

Dans un essai clinique comparatif à répartition aléatoire, Druss et ses collaborateurs (2001) ont étudié la prestation de soins de santé mentale et des soins primaires dans le cadre d'un programme destiné aux anciens combattants américains. Sauf pour deux mesures, les participants au programme de soins intégrés ont connu des résultats plus positifs que ceux appartenant au groupe de soins classiques. Aucune différence n'a été décelée dans les symptômes de maladie mentale ni dans les coûts totaux. L'accessibilité et la continuité des

D

soins se sont améliorées pour les participants au programme de soins intégrés qui ont reçu des soins primaires et faisaient l'objet d'une gestion de cas.

**DRUSS, B. G., R. A. ROSENHECK, M. M. DESAI et J. B. PERLIN.** « **Quality of preventive medical care for patients with mental disorders (qualité des soins médicaux préventifs pour les patients souffrant de troubles mentaux)** », *Med Care*, vol. 40, n° 2, février 2002, p. 129-136. <PubMed>

Druss et ses collaborateurs (2002) ont comparé la qualité des services préventifs pour les personnes souffrant de troubles mentaux ou de troubles liés à l'abus de drogues et d'alcool dans un échantillon national (n = 113 505) de patients externes. Ils ont vérifié huit types de services préventifs : mesures d'immunisation (2 services), dépistage du cancer (4 services), dépistage des problèmes liés au tabac et consultation (2 services). Les auteurs ont comparé les taux des services préventifs chez les anciens combattants souffrant de troubles psychiques ou de troubles liés à l'abus de drogues et d'alcool et chez ceux qui souffraient des deux types de troubles ou d'aucun de ces troubles. Ils ont ensuite ajusté ces taux en fonction de la condition physique, des données démographiques et du niveau de ressources. Les résultats ont révélé que les personnes étudiées ont reçu 64 pour cent des huit types de services auxquels elles avaient droit. Celles qui ont reçu le moins de services préventifs (58 pour cent) sont les personnes qui souffraient de troubles concurrents.

**DWIGHT-JOHNSON, M., J. UNÜTZER, C. SHERBOURNE, L. TANG et K. B. WELLS.** « **Can quality improvement programs for depression in primary care address patient preferences for treatment? (les programmes d'amélioration de la qualité des traitements de la dépression en soins primaires peuvent-ils tenir compte des préférences des patients?)** », *Med Care*, vol. 39, n° 9, septembre 2001, p. 934-944. <PubMed>

Dwight-Johnson et ses collaborateurs (2001) ont étudié un programme d'amélioration de la qualité des soins primaires conçu pour tenir compte des choix des patients et des prestataires. Ils sont partis de l'hypothèse que des interventions d'amélioration de la qualité augmenteraient la proportion des patients qui choisiraient un traitement contre la dépression par rapport à ceux qui opteraient pour les soins habituels. Les résultats de l'étude suggèrent que des interventions d'amélioration de la qualité qui tiendraient compte des préférences des patients pourraient augmenter la participation et la réception de traitements préférés. Les personnes qui préfèrent la consultation pourraient nécessiter des interventions additionnelles pour s'engager dans un traitement.

**EMMANUEL, J. S., A. MCGEE, O. C. UKOUMUNNE et P. TYRER.** « **A randomised controlled trial of enhanced key-worker liaison psychiatry in general practice (un essai clinique comparatif à répartition aléatoire visant à évaluer un programme de soins améliorés par la liaison entre la psychiatrie et la médecine générale)** », *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, vol. 37, n° 6, juin 2003, p. 261-266. <PubMed>

Emmanuel et ses collaborateurs (2003) ont effectué un essai clinique comparatif à répartition aléatoire, visant à évaluer l'efficacité d'un programme de soins améliorés par la liaison entre intervenants clés, créé à Londres, en Angleterre. Tous les patients de quatre pratiques de médecine générale qui étaient toujours en

contact avec le service après dix mois étaient admissibles au programme. Les pratiques ont été désignées pour offrir des soins standards ou des soins améliorés par la liaison entre les intervenants suivant une procédure de répartition aléatoire restreinte. Le service offrant des soins améliorés a encouragé ses intervenants clés à améliorer les communications entre les soins primaires et secondaires. Les symptômes et comportements sociaux ont été mesurés au départ et après une période de six mois. Au total, 43 patients ont été évalués au début du programme et 34 l'ont été six mois plus tard. Les résultats cliniques étaient semblables dans les deux groupes, mais les mesures d'autoévaluation des comportements sociaux étaient passablement meilleures dans le groupe bénéficiant de soins améliorés que dans l'autre groupe. Les coûts étaient légèrement supérieurs dans le groupe des soins améliorés. Seulement 21 pour cent des pratiques de soins primaires ont modifié leurs services pendant l'étude, et moins de la moitié des intervenants clés avaient l'impression d'avoir davantage eu recours à l'équipe des soins primaires pour soigner leurs patients. Sans ressources additionnelles, les soins améliorés par la liaison entre les intervenants clés des services de psychiatrie, de soins primaires et de soins secondaires présentent des avantages limités.

**EVANS, P. et K. LLOYD. « Auditing the primary care of mental disorders (contrôle des soins primaires dans le traitement des troubles mentaux) », *International Review of Psychiatry*, vol. 10, n° 2, mai 1998, p. 127-129.**

Dans leur bref rapport, Evans et Lloyd (1998) comparent les recherches et les évaluations relatives aux soins de santé mentale primaires. Alors que le but de la recherche est de définir les meilleures pratiques, les évaluations visent à déterminer dans quelle mesure les pratiques véritables sont alignées avec les meilleures pratiques. Les auteurs proposent quelques outils pratiques pour les évaluations, dont l'Exeter Depression Audit Package.

**EVE, J. D. « Sustainable practice: how practice development frameworks can influence team work, team culture and philosophy of practice (pratique durable : comment un cadre de développement de la pratique peut influencer sur le travail d'équipe, la culture de l'équipe et la philosophie de la pratique) », *J Nurs Manag*, vol. 12, n° 2, mars 2004, p. 124-130. <PubMed>**

Dans une étude britannique portant sur huit équipes résidentielles en réadaptation et santé mentale qui a duré quatre ans, Eve (2004) explore les cadres de développement de la pratique comme un moyen d'influer sur le travail d'équipe, la culture de l'équipe et la philosophie de la pratique. La Grande-Bretagne a passablement d'expérience en matière de soins de santé fournis par une équipe, surtout en santé mentale. Par le biais d'un programme d'accréditation, les équipes ont travaillé entre elles pour examiner les fonctions de base de leur service (cadre de pratique), d'un point de vue individuel et contextuel. Elles ont élaboré une philosophie visant à développer une pratique commune et des objectifs globaux pour améliorer la pratique de telle sorte qu'elle puisse avoir une véritable influence dans la vie des gens. L'apprentissage en équipe a été choisi pour atteindre ces nouveaux objectifs. Généralement, l'apprentissage en équipe tourne autour de quatre phases discrètes qui vont de l'apprentissage fragmenté, pendant lequel l'équipe commence à comprendre la situation de la pratique et en tire quelques enseignements individuels, jusqu'à la dernière phase de l'apprentissage continu, pendant laquelle se produit l'apprentissage collectif, qui est au centre de la pratique et de la culture de l'équipe. Après deux ans, les équipes ont créé un conseil d'intervenants (comprenant du personnel infirmier des équipes, des usagers, des étudiants préinscrits et des représentants de l'université locale) qui avait pour mandat de suivre le travail de développement de la pratique des huit équipes et de les conseiller. L'auteur suggère que le recours à un cadre de développement de la pratique déplace l'énergie souvent utilisée pour maintenir le statu quo lors de la mise en œuvre

d'un changement positif au sein de la pratique clinique. Ce changement a eu une influence positive et subtile sur les praticiens, le milieu et les usagers eux-mêmes, et a insufflé à toutes les personnes concernées un sentiment de responsabilité par rapport à la transition et au changement.

**FARRAR, S., N. KATES, A. M. CRUSTOLO et L. NIKOLAOU.** « **Integrated model for mental health care. Are health care providers satisfied with it? (modèle intégré de soins de santé mentale; les prestataires en sont-ils satisfaits?)** », *Can Fam Physician*, vol. 47, décembre 2001, p. 2483-2488. <PubMed> <FullText>

Farrar et ses collaborateurs (2001) évaluent la satisfaction des prestataires par rapport à un modèle canadien bien connu de soins de santé mentale intégrés dans un contexte de soins primaires. Les auteurs ont eu recours à trois sondages postaux pour solliciter l'opinion des médecins de famille, des conseillers en santé mentale et des psychiatres participants. Chaque questionnaire comportait 30 questions adaptées à chaque profession et notées selon l'échelle de Likert. Dans l'ensemble, les trois groupes se disent très satisfaits du modèle. Les conseillers et les psychiatres sont heureux d'être acceptés dans les pratiques de soins primaires et les médecins sont très contents du travail d'équipe et des avantages qu'il représente pour les patients. Deux points seulement semblent donner moins de satisfaction : l'espace de travail pour les membres de l'équipe en santé mentale et la liaison avec le système de santé mentale.

**FEINMAN, J. A., D. CARDILLO, J. PALMER et M. MITCHEL.** « **Development of a model for the detection and treatment of depression in primary care (élaboration d'un modèle pour le dépistage et le traitement de la dépression dans le contexte des soins primaires)** », *Psychiatr Q*, vol. 71, n° 1, printemps 2000, p. 59-78. <PubMed>

Feinman et ses collaborateurs (2000) résument l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de traitement de la dépression dans une grande organisation de gestion de soins de santé du Nord-Est des États-Unis. Le programme comporte différents éléments, dont l'introduction d'un outil et protocole de dépistage; la définition de la population visée; les nouveaux rôles et des nouvelles responsabilités de l'infirmier enseignant, appuyés par un protocole de suivi du patient et de soutien téléphonique; une base de données permettant de suivre l'évolution du traitement; de la formation pour le personnel de premiers soins; et la collaboration avec des spécialistes de la santé mentale. Les auteurs discutent des obstacles que pose la mise en œuvre du programme à l'échelle de l'organisation, comme par exemple, obtenir le soutien des personnes clés, à l'intérieur et à l'extérieur du système de santé; la rivalité avec d'autres initiatives et la nécessité d'ajuster les priorités aux fins de la répartition des ressources; et le réaligement des plans de mise en œuvre qui devront être moins ambitieux étant donné les réalités économiques auxquelles est confrontée l'organisation.

**FELKER, B. L., R. F. BARNES, D. M. GREENBERG, E. F. CHANEY, M. M. SHORES, L. GILLESPIE-GATELEY, M. K. BUIKE et C. E. MORTON.** « **Preliminary outcomes from an integrated mental health primary care team (résultats préliminaires d'une équipe de soins de santé mentale primaires intégrés)** », *Psychiatr Serv*, vol. 55, n° 4, avril 2004, p. 442-444. <PubMed> <FullText>

Felker et ses collaborateurs (2004) présentent les résultats préliminaires d'une étude visant à

évaluer les effets d'une équipe de soins intégrés dans une clinique interne de soins primaires destinée aux anciens combattants. Pendant la première année d'opération, le taux d'orientation vers des services spécialisés a décliné. Le nombre moyen de rendez-vous avec l'équipe, pour des services d'évaluation et de stabilisation, était de 2,5 la première année. L'arrivée d'un aumônier au sein de l'équipe a permis d'intégrer les questions spirituelles aux évaluations et aux traitements que les patients recevaient. Dans l'ensemble, les résultats préliminaires indiquent que la création de cette équipe a reçu un accueil favorable.

**FINLEY, P. R., H. R. RENS, S. GESS et C. LOUIE.** « **Case management of depression by clinical pharmacists in a primary care setting (gestion de cas de dépression par les pharmaciens cliniciens dans un contexte de soins primaires)** », *Formulary (USA)*, vol. 34, n° 10, octobre 1999, p. 864-866 et 869-870.

Finley et ses collaborateurs (1999) décrivent un modèle interdisciplinaire visant à améliorer la gestion pharmacothérapeutique des patients traités pour une dépression dans un contexte de soins primaires à l'institut Kaiser Permanente en Californie du Nord. Des pharmaciens cliniciens ont effectué la gestion de cas pour des patients sous la supervision de médecins des départements de psychiatrie et de médecine interne. Les pharmaciens ont offert aux patients un meilleur contact, de l'information et un suivi. Le but était de déterminer si ces améliorations allaient permettre aux patients de recevoir un traitement approprié contre la dépression, de suivre adéquatement le déroulement de la thérapie et, possiblement, d'utiliser moins de services de santé. Dans leur rapport sur les résultats préliminaires de l'essai clinique à répartition aléatoire, les auteurs indiquent que les patients ont nécessité relativement moins de doses d'entretien de médicaments. Ils concluent que la réussite du programme peut dépendre largement de la formation et de la motivation des pharmaciens participants. Comme tous les pharmaciens avaient de l'expérience dans le domaine de la santé mentale, ils connaissaient

les techniques d'entrevue et ils étaient en mesure d'établir une relation thérapeutique et de déterminer si le patient devait être orienté vers un service de psychiatrie.

**FIRTH, M. T., M. DYER, H. MARSDEN et D. SAVAGE.** « **Developing a social perspective in mental health services in primary care (définir une perspective sociale pour les services de santé mentale dans le contexte des soins primaires)** », *J Interprof Care*, vol. 17, n° 3, août 2003, p. 251-261. <PubMed>

Firth et ses collaborateurs (2003) font une réflexion sur un service créé par un petit groupe de travailleurs sociaux en santé mentale en Angleterre qui a été remanié au fil des changements de politique et des structures administratives au cours de la dernière décennie. L'équipe de travailleurs sociaux est rattachée à une pratique de médecine générale et ses membres assument des responsabilités à temps partiel dans 11 autres milieux de travail. L'équipe relève d'un comité directeur et elle est supervisée par le groupe de travail sur la santé mentale de la pratique de soins primaires. Les travaux effectués récemment pour réformer l'équipe ont mis l'accent sur la définition précise du profil de l'utilisateur idéal. Cette définition a été élaborée à partir d'un guide qui dresse la liste des problèmes psychologiques, interpersonnels, matériels ou environnementaux courants (accompagnés des thérapies et des services spécialisés qui s'y rattachent quand le besoin est précis) et d'un outil pour le diagnostic de cas qui consiste en neuf brefs exemples d'orientation de patients vers des services de soins primaires, secondaires ou autres (3 cas pour chaque). Dans l'ensemble, les auteurs notent l'importance d'avoir une équipe composée de professionnels et de non-professionnels pour développer le service. Le travail social dans le contexte des soins primaires ne constitue pas simplement un transfert de compétences des soins secondaires, mais plutôt une redéfinition des rôles. Le processus ressemble à de la spécialisation – la création d'un nouveau genre de travailleur social, et non pas simplement une

E

nouvelle application de ce qui était en grande partie des soins secondaires biomédicaux et psychologiques. Les modèles sociaux de la vie mentale mettent davantage l'accent sur l'interaction entre la pression exercée par l'environnement et les réactions internes au stress, et sur les « conséquences » sur la famille, les autres relations, le travail et les autres sphères de la vie (p. 259-260).

**FIRTH, M. T., M. DYER, H. MARSDEN, D. SAVAGE et H. MOHAMAD.** « **Non-statutory mental health social work in primary care: a chance for renewal? (travail social discrétionnaire dans le contexte des soins primaires : une occasion de renouvellement?)** », *British Journal of Social Work*, vol. 34, n° 2, mars 2004, p. 145-163.

Firth et ses collaborateurs (2004) documentent les caractéristiques de leur pratique en travail social de première ligne auprès d'une clientèle ayant surtout des besoins complexes et des troubles mentaux courants. Les auteurs indiquent que le but de l'étude était d'explorer le contenu thérapeutique du travail direct et indirect des travailleurs sociaux. Dans leur analyse rétrospective de 120 cas, les auteurs ont découvert de nouvelles données découlant directement de la pratique, y compris sur le travail direct par rapport au travail indirect, sur la gestion du contexte et du processus et sur le travail social thérapeutique en tant que pratique contextuelle. Les auteurs suggèrent que ces aspects du travail soient renforcés par l'éducation et la formation, et exploités dans les services et le développement professionnels.

**FISCHER, L. R., F. WEI, L. I. SOLBERG, W. A. RUSH et R. L. HEINRICH.** « **Treatment of elderly and other adult patients for depression in primary care (traitement de la dépression chez les personnes âgées et les adultes dans un contexte de soins primaires)** », *J Am Geriatr Soc*, vol. 51, n° 11, novembre 2003, p. 1554-1562. <PubMed>

Fischer et ses collaborateurs (2003) se demandent si la dépression des patients plus âgés et plus jeunes est traitée de la même façon dans les cliniques de soins primaires. À partir de données administratives, les auteurs ont recruté des patients adultes (de 19 à 93 ans) dans neuf cliniques de soins primaires appartenant à une grande organisation de soins de santé intégrés du Midwest des États-Unis. Les résultats suggèrent que les personnes plus âgées ont tendance à recevoir moins de services, bien qu'on ne remarque aucune différence entre les patients jeunes et âgés pour ce qui est du nombre de symptômes de dépression, du traitement contre la dépression ou des recommandations de suivi. On demande moins souvent aux personnes âgées si elles pensent au suicide, on les oriente moins souvent vers un thérapeute en santé mentale et on leur demande moins souvent si elles sont déprimées ou si elles ont un problème d'alcool.

**FITZPATRICK, N. K., S. SHAH, N. WALKER, S. NOURMAND, P. J. TYRER, T. R. BARNES, A. HIGGITT et H. HEMINGWAY.** « **The determinants and effect of shared care on patient outcomes and psychiatric admissions — an inner city primary care cohort study (les facteurs déterminants et les effets des soins partagés sur les résultats pour les patients et les admissions en psychiatrie – une étude des cohortes dans une grande ville)** », *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, vol. 39, n° 2, février 2004, p. 154-163. <PubMed>

Fitzpatrick et ses collaborateurs (2004) présentent les résultats de leur étude des cohortes d'une grande ville concernant les soins partagés fournis aux personnes souffrant de maladie



mentale grave et les effets de ces soins sur les résultats pour les patients et les admissions en psychiatrie. Les soins partagés ont été mesurés par les omnipraticiens des patients et reflètent la participation des intervenants en soins primaires et en soins de santé mentale secondaires. Les patients ayant reçu plus de soins partagés étaient plus satisfaits et fonctionnaient mieux en société au début du programme. Lors du suivi, les patients ayant reçu plus de soins ont obtenu de meilleurs résultats en santé mentale que ceux ayant reçu moins de soins, mais cet effet disparaît avec l'ajustement de l'âge, du sexe et du diagnostic psychique. Les niveaux plus élevés de soins partagés ont eu des effets limités sur les résultats cliniques, sociaux ou médicaux sur une période d'un an.

**FLAHERTY, L. T., E. G. GARRISON, R. WAXMAN, P. F. URIS, S. G. KEYS, M. GLASS-SIEGEL et M. D. WEIST.** « **Optimizing the roles of school mental health professionals (optimiser le rôle des professionnels en santé mentale dans les écoles)** », *J Sch Health*, vol. 68, n° 10, décembre 1998, p. 420-424. <PubMed>

Flaherty et ses collaborateurs (1998) discutent de la possibilité de transférer les soins de santé mentale primaires des centres communautaires et des cabinets privés dans les écoles. Ils se penchent sur les disciplines qui pourraient être incluses aux équipes de santé mentale interdisciplinaires œuvrant en milieu scolaire, y compris le personnel infirmier et les psychiatres de premier recours, et soulignent l'importance de la collaboration interdisciplinaire, les obstacles, les moyens de surmonter ces derniers et le mode de fonctionnement de ces équipes dans un contexte scolaire.

**FREEMAN, G., T. WEAVER, J. LOW, E. de JONGE et M. CRAWFORD.** « **Promoting continuity of care for people with severe mental illness whose needs span primary, secondary and social care: a multi-method investigation of relevant mechanisms and contexts (promouvoir la continuité des soins fournis aux personnes souffrant de maladie mentale grave et nécessitant une gamme de soins primaires, secondaires et sociaux : une étude des mécanismes et des contextes pertinents faisant appel à de nombreuses méthodes)** », rapport préparé pour le National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D (NCCSDO), octobre 2001, révisé en juin 2002. Disponible à : [http://www.sdo.lshtm.ac.uk/pdf/coc\\_mentalillness\\_freeman.pdf](http://www.sdo.lshtm.ac.uk/pdf/coc_mentalillness_freeman.pdf).

Dans ce rapport, Freeman et ses collaborateurs (2002) se penchent sur la continuité des soins fournis aux personnes souffrant de maladie mentale grave, une priorité pour le Conseil. Le but de l'étude était de découvrir et de comprendre les mécanismes pouvant améliorer la continuité des soins fournis aux personnes souffrant de maladie mentale grave, et de commenter les contextes dans lesquels ces mécanismes opèrent. L'étude comportait un examen systématique de la documentation, quatre études de cas sur le terrain et une consultation consensuelle (méthode Delphi) des chercheurs, des gestionnaires, des usagers et de leurs familles. Les résultats révèlent que les recherches sur l'expérience vécue par les personnes recevant des soins continus et par leurs proches sont rares. Des preuves limitées démontrent l'importance de répondre avec souplesse aux besoins des gens : les professionnels doivent être capables de sortir des limites traditionnelles pour assumer un rôle de validation et de défense. Les résultats de l'étude Delphi montrent bien la nécessité d'abolir la frontière qui existe entre les soins primaires et les soins spécialisés en santé mentale.

**FREETH, D. et S. REEVES. « Learning to work together: using the presage, process, product (3P) model to highlight decisions and possibilities (apprendre à travailler ensemble : utiliser le modèle présage-processus-produit [3P] pour souligner les décisions et les possibilités) », *J Interprof Care*, vol. 18, n° 1, février 2004, p. 43-56. <PubMed>**

Freeth et Reeves (2004) examinent les possibilités éducatives qui favorisent le travail d'équipe et l'utilisation du modèle 3P pour l'apprentissage et l'enseignement. Leur but était de démêler la toile des éléments qui agissent sur l'apprentissage pour travailler ensemble et favoriser des décisions opportunes et plus éclairées concernant la pratique des professionnels et les soins aux patients. En partant de l'hypothèse que l'éducation interprofessionnelle est le point de départ de l'apprentissage d'une pratique collaborative, Freeth et Reeves ont étudié le modèle 3P en général et en détail afin de déceler les facteurs qui influent sur les expériences d'apprentissage et améliorent la pratique collaborative. Ce modèle est un outil de planification très utile pour créer des cours coopératifs.

**FRIEDLI, K. et M. B. KING. « Psychological treatments and their evaluation (les traitements psychologiques et leur évaluation) », *International Review of Psychiatry*, vol. 10, n° 2, mai 1998, p. 123-126.**

Friedli et King (1998) se penchent sur les traitements psychologiques et leur évaluation dans un contexte de soins primaires. Ils remarquent que les professionnels du comportement qui œuvrent dans un contexte de médecine générale offrent une gamme de plus en plus variée de traitements, que les gens préfèrent souvent les traitements psychologiques aux médicaments et que la plupart des gens préfèrent être traités dans un contexte de soins primaires plutôt que de soins secondaires. Dans leur examen, les auteurs classent les études importantes sur les traitements psychologiques offerts dans un contexte de médecine générale

au Royaume-Uni dans les catégories suivantes : brève consultation, thérapie comportementale cognitive, thérapie de résolution de problèmes et études combinées.

**FRIEDLI, K., M. B. KING et M. LLOYD. « The economics of employing a counsellor in general practice: analysis of data from a randomised controlled trial (les répercussions économiques de l'emploi d'un thérapeute en médecine générale : analyse des résultats d'un essai clinique comparatif à répartition aléatoire) », *Br J Gen Pract*, vol. 50, n° 453, avril 2000, p. 276-283. <PubMed>**

Friedli et ses collaborateurs (2000) évaluent les coûts directs et indirects de l'emploi d'un thérapeute non directif en médecine générale dans le cadre de leur essai clinique comparatif à répartition aléatoire. Ils n'ont décelé aucune différence dans les résultats cliniques entre le groupe ayant reçu les soins d'un thérapeute et le groupe ayant reçu les soins de médecine générale courants. L'analyse des coûts indique que les coûts directs du groupe ayant profité des soins du thérapeute étaient plus élevés après trois mois que ceux de l'autre groupe, mais au cours des six mois suivants, les coûts directs des soins courants étaient plus élevés. Au bout de neuf mois, le total des coûts indiquait que le groupe du thérapeute coûtait plus cher (mais pas de façon considérable étant donné les coûts indirects). Les auteurs concluent que, cliniquement, le thérapeute n'est pas plus efficace et que les coûts directs additionnés aux coûts indirects ne sont pas tellement plus élevés que ceux des soins de médecine générale au bout de neuf mois.

**FRIEDMANN, P. D., J. A. ALEXANDER, L. JIN et T. A. D'AUNNO.** « **On-site primary care and mental health services in outpatient drug abuse treatment units (services de soins primaires et de santé mentale donnés sur place à des patients externes traités pour toxicomanie)** », *J Behav Health Serv Res*, vol. 26, n° 1, février 1999, p. 80-94. <PubMed>

Dans leur étude, Friedmann et ses collaborateurs (1999) examinent les effets que les services médicaux fournis aux patients traités pour toxicomanie ont sur leur santé. Les sujets viennent d'un sondage national américain mené dans 597 cliniques externes de traitement pour toxicomanie. Les variables clés qui ont été examinées sont les caractéristiques organisationnelles et le degré de prestation de soins primaires et de santé mentale sur place. Davantage de soins primaires ont été fournis dans les cliniques accréditées pour offrir un traitement à la méthadone. Les cliniques ayant plus de clients souffrant de troubles concurrents ont fourni plus de services de santé mentale, mais moins de traitements contre le VIH ou le SIDA. Les cliniques affiliées à des centres de santé mentale ont fourni plus de soins de santé mentale intégrés, mais pas de soins médicaux. Les auteurs concluent que l'amélioration de la qualité du système de traitement augmenterait la fiabilité de l'accès aux services de santé pour les clients.

**FRIEDMANN, P. D., T. A. D'AUNNO, L. JIN et J. A. ALEXANDER.** « **Medical and psychosocial services in drug abuse treatment: do stronger linkages promote client utilization? (services médicaux et psychologiques dans le traitement de la toxicomanie : des liens plus forts favorisent-ils l'utilisation des services?)** », *Health Serv Res*, vol. 35, n° 2, juin 2000, p. 443-465. <PubMed>

Friedmann et ses collaborateurs (2000) ont effectué des tests pour déterminer si des mécanismes de liaison, comme la prestation de services sur place, des arrangements externes, de la gestion de cas et un service de transport,

pouvaient accroître l'utilisation des services médicaux et psychologiques de la part des patients externes traités pour toxicomanie. L'étude a été menée avec le personnel administratif et clinique de 597 programmes de toxicomanie. La prestation de services sur place et le service de transport étaient directement liés à une augmentation de l'utilisation des services auxiliaires. La plupart des arrangements externes étaient des ententes de renvoi informelles ou des renvois spéciaux. Contrairement aux résultats d'autres études cliniques, la gestion de cas a eu très peu d'effet sur l'utilisation des services auxiliaires, ce qui peut être une indication de l'utilité de la gestion de cas dans des contextes naturalistes où son application peut manquer de normalisation et de rigueur. Le service de transport s'est révélé un mécanisme de liaison important.

**FRIEDMANN, P. D., Z. ZHANG, J. HENDRICKSON, M. D. STEIN et D. R. GERSTEIN.** « **Effect of primary medical care on addiction and medical severity in substance abuse treatment programs (effets des soins médicaux primaires sur la dépendance et la gravité médicale dans les programmes de désintoxication)** », *J Gen Intern Med*, vol. 18, n° 1, janvier 2003, p. 1-8. <PubMed>

Friedmann et ses collaborateurs (2003) présentent les effets des soins médicaux primaires fournis sur place aux personnes participant à des programmes de désintoxication par le biais d'analyses secondaires d'une étude des cohortes prospective de personnes admises dans 52 programmes de désintoxication américains. Les résultats ont révélé que les participants à ces programmes qui avaient reçu des soins médicaux primaires sur place avaient une dépendance beaucoup moins grande lors de la visite de suivi qui a eu lieu 12 mois plus tard que les personnes qui n'avaient pas reçu ces soins. Les soins médicaux donnés sur place, par contre, n'ont pas vraiment influé sur la gravité médicale observée au moment de la visite de suivi. Les renvois à des services médicaux

E

externes n'ont pas eu d'effets discernables sur la gravité de la dépendance ou des problèmes médicaux. D'autres recherches devront être effectuées pour expliquer en quoi les soins médicaux sur place améliorent les résultats dans les programmes de désintoxication.

**FRITZ, G. K. « Promoting effective collaboration between pediatricians and child and adolescent psychiatrists (favoriser une collaboration efficace entre les pédiatres et les psychiatres pour enfants et adolescents) », *Pediatr Ann*, vol. 32, n° 6, juin 2003, p. 383 et 387-389. <PubMed>**

Fritz (2003) décrit les éléments d'une collaboration efficace entre les pédiatres et les psychiatres pour enfants et adolescents. Bien que cette collaboration revienne sur la table au moins une fois par décennie depuis plus de 70 ans, Fritz relève quatre facteurs qui continuent de nuire à cette collaboration : le développement distinct de chaque spécialité; les différences de points de vue, de styles et d'intérêts; les différences importantes dans les modèles de pratique; et les attentes peu réalistes que chaque discipline peut entretenir par rapport à l'autre. Les recommandations de Fritz sont similaires à celles qui sont faites pour d'autres genres de soins collaboratifs : reconnaissance, acceptation et respect des différences entre ces professions; création de liens individuels solides entre les partenaires; plus grande attention au genre et au style de communication et ajustement de la pratique au besoin; création de nouvelles occasions de recherches conjointes.

**FULLER, J., J. EDWARDS, L. MARTINEZ, B. EDWARDS et K. REID. « Collaboration and local networks for rural and remote primary mental healthcare in South Australia (collaboration et réseaux locaux pour offrir des soins de santé intégrés dans les campagnes et régions éloignées de l'Australie méridionale) », *Health Soc Care Community*, vol. 12, n° 1, janvier 2004, p. 75-84. <PubMed>**

Fuller et ses collaborateurs (2004) résument le processus de création d'un programme de soins de santé mentale primaires intégrés pour les régions les plus éloignées de l'Australie méridionale. Les problèmes que pose la prestation de services dans les régions rurales ont été révélés par des consultations exhaustives avec les intervenants. Des stratégies d'amélioration ont été conçues pour régler ces problèmes. Une attention toute spéciale a été accordée aux frontières existant entre les différents prestataires de services afin de réduire le manque de souplesse et les fossés entre les services. Des groupes de travail interinstitutions ont été formés pour favoriser la collaboration; des groupes de consultation ont vu le jour pour appuyer les travailleurs en service social; et un coordonnateur régional a été nommé pour favoriser les partenariats entre les services.

**GALE, F. et P. VOSTANIS. « The primary mental health worker within child and adolescent mental health services (intervenants en santé mentale de premier recours dans des services destinés aux enfants et adolescents) », *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, vol. 8, n° 2, avril 2003, p. 227-240.**

Gale et Vostanis (2003) ont étudié la mise en œuvre d'un poste d'intervenant en santé mentale de premier recours au sein de services de santé mentale pour enfants et adolescents d'un secteur de Londres. Une équipe de 13 intervenants a développé la description de tâches de ce poste, qui comprend la consultation, la liaison, le travail direct et la formation. L'équipe, qui faisait partie d'un service pour enfants et adolescents (niveau secondaire), a approché les prestataires de soins

primaires et travaillé dans un contexte de soins primaires. Les auteurs ont une discussion très utile sur les défis que pose la mise en œuvre de ce nouveau poste, notamment : le besoin d'expérience et de compétence en consultation et supervision; l'instauration d'une supervision clinique pour ces intervenants; le maintien de liens avec les soins spécialisés; la navigation entre les services primaires et spécialisés; et l'éclaircissement des voies d'intervention, des protocoles de renvoi et des méthodes utilisées pour travailler en équipe avec des professionnels de différentes disciplines.

**GALLO, J. J. et J. C. COYNE. « The challenge of depression in late life: bridging science and service in primary care [comment, editorial] (le défi de la dépression en fin de vie : faire le pont entre la science et le service dans un contexte de soins primaires [commentaires, éditorial] », *JAMA*, vol. 284, n° 12, septembre 2000, p. 1570-1572. <PubMed>**

Gallo et Coyne (2000) expliquent que les modèles de traitement traditionnels qui fonctionnent dans les services de santé mentale spécialisés doivent être adaptés aux réalités des services de soins primaires. Il ne suffit pas de positionner des intervenants en santé mentale dans les services de soins primaires; il faut un véritable travail d'équipe. Le vrai changement va sans doute se produire quand les expériences de formation des médecins de famille seront intégrées à celles des spécialistes en santé mentale. Pour améliorer le traitement de la maladie mentale dans des contextes communautaires, il faut que le rôle du médecin de famille soit renforcé.

**GARRALDA, E. « Child and adolescent psychiatry in general practice (psychiatrie infantile et adolescente dans un contexte de médecine générale) », *Aust N Z J Psychiatry*, vol. 35, n° 3, juin 2001, p. 308-314. <PubMed>**

Garralda (2001) passe en revue la documentation afin d'examiner le rôle des omnipraticiens et des intervenants en soins primaires dans le traitement des enfants et adolescents souffrant

de troubles psychiques. Bien que les enfants et adolescents qui souffrent de troubles psychologiques ou comportementaux évidents soient généralement repérés et correctement orientés, il y a un besoin concernant le diagnostic et le traitement de ceux qui souffrent de troubles psychiques liés à des problèmes somatiques. Garralda discute du traitement psychiatrique en contexte de soins primaires, et en particulier du changement d'approche du patient interne vers un patient externe et des services de consultation-liaison, ainsi que des nouveaux modèles visant à améliorer la prestation de soins de santé mentale primaires. Elle suggère de développer les aspects suivants : amélioration de l'enseignement au premier cycle et de la formation postuniversitaire; interventions psychiatriques propres aux enfants et adolescents convenant aux contextes de soins primaires; amélioration des programmes de spécialistes au sein des services de soins primaires; protocoles de renvoi vers des services spécialisés; cliniques de promotion de la santé dans les services de soins primaires; et information et éducation appropriées de l'équipe de soins primaires en matière de santé mentale des enfants.

**GARRALDA, E. « Needs of special groups: children (besoins des groupes spéciaux : enfants) », *International Review of Psychiatry*, vol. 10, n° 2, mai 1998, p. 134-135.**

Dans une discussion concise et informative sur les besoins des enfants en matière de santé mentale, Garralda (1998) présente un argument convaincant sur le rôle des soins primaires dans la satisfaction de ces besoins. Son argument comprend une meilleure reconnaissance des problèmes et des maladies, des possibilités d'établir des programmes de consultation-liaison et la nécessité pour les prestataires de soins primaires de posséder les compétences requises pour réagir aux troubles mentaux des enfants.

FG

**GASK, L. et A. ROGERS.** « Bridging the gap: mapping a new generation of primary mental health care research [editorial] (combler les lacunes : cartographie des nouvelles recherches en matière de soins de santé mentale primaires) [éditorial] », *Journal of Mental Health*, vol. 7, n° 6, novembre 1998, p. 539-541.

Gask et Rogers (1998) élaborent un nouvel agenda pour la recherche sur les soins de santé mentale primaires dans leur éditorial de 1998. Citant la rapidité de changement de la politique et de la pratique au Royaume-Uni, ils commentent l'agenda que le National Primary Care Research and Development Centre (<http://www.npcrdc.man.ac.uk>) doit adopter. Quatre questions guident leur discussion : « Quelle est la meilleure façon de définir, reconnaître et réagir aux troubles mentaux? », « Qu'est-ce qu'un soin primaire? », « Qui fournit les soins de santé mentale primaires? » et « Qu'est-ce qui constitue des soins de santé mentale primaires efficaces? ».

**GASK, L., B. SIBBALD et F. CREED.** « Evaluating models of working at the interface between mental health services and primary care (évaluer les modèles de travail à la jonction des services de santé mentale et de soins primaires) », *Br J Psychiatry*, vol. 170, n° 1, janvier 1997, p. 6-11. <PubMed>

Dans leur rapport de synthèse, Gask et ses collaborateurs (1997) explorent la faisabilité d'évaluer des modèles de collaboration novateurs entre les services de soins primaires et de soins de santé mentale secondaires. Ils examinent la rentabilité d'un certain nombre d'aspects méthodologiques, mettant en lumière la nécessité d'examiner les coûts de différents points de vue, y compris de ceux de l'utilisateur, des prestataires de soins primaires et secondaires et du système de santé dans son ensemble. Les auteurs demandent des études comparatives de différents modèles de soins collaboratifs et le développement des outils de recherche nécessaires.

**GERDES, J. L., E. J. YUEN, G. C. WOOD et C. M. FREY.** « Assessing collaboration with mental health providers: the primary care perspective (évaluer la collaboration avec les prestataires de soins de santé mentale : le point de vue des services de soins primaires) », *Families, Systems & Health*, vol. 19, n° 4, hiver 2001, p. 429-443.

Gerdes et ses collaborateurs. (2001) présentent les résultats de leur évaluation de la force de la collaboration dans un modèle de soins de santé mentale primaires au sein d'un système de soins de santé intégrés du centre de la Pennsylvanie. Leur étude poursuivait deux objectifs : premièrement, trouver une façon de préciser et de mesurer la force de la collaboration dans un système de soins de santé intégrés et, deuxièmement, éclaircir la contribution relative des variables propres aux organisations et aux prestataires de services repérés comme des facteurs de modération. Les auteurs ont sondé séparément les directeurs des établissements et les prestataires de soins primaires d'un système de soins de santé comprenant trois hôpitaux, 96 établissements appartenant à des propriétaires-exploitants, plusieurs établissements appartenant à un réseau et toutes sortes d'employés et de services de soins de santé comportementale organisés en réseau. L'étude inclut 72 établissements de soins de santé primaires (54 propriétés et 18 en réseau) qui comptent au moins 200 membres dans leur régime d'assurance-maladie et un personnel d'au moins 16 prestataires de soins primaires. L'analyse factorielle des réponses utilisée pour caractériser la force de la collaboration a révélé que la qualité des relations, les attributs et l'attitude du prestataire de soins primaires et la fréquence de la collaboration représentaient ensemble 54 pour cent de la variation dans la force de collaboration. L'analyse multivariable a démontré que le fait d'avoir des prestataires de soins de santé mentale ainsi que des médecins de famille dans un même système de soins de santé intégrés améliore la qualité et la fréquence de la collaboration. La taille de la pratique de médecine générale et du site est associée

avec des attributs et une attitude positive du prestataire. Les variables clés qui influent sur la qualité des services intégrés incluent la force et la fréquence de la collaboration, le type de spécialité du prestataire, la taille du site, un personnel permanent plutôt que des employés de réseau et l'accessibilité aux services de santé mentale.

**GETLER, A. A., R. C. JOSEPH, J. GRUNEBAUM, H. GRUNEBAUM et G. EDER.** « **Innovations in primary care mental health (innovations en soins de santé mentale primaires)** », *Families, Systems & Health*, vol. 19, n° 4, hiver 2001, p. 459-466.

Getler et ses collaborateurs (2001) décrivent le programme de soins primaires des troubles comportementaux créé par Cambridge Health Alliance/Harvard Medical School. Ce programme a été conçu pour intégrer la médecine ambulatoire et la psychiatrie et normaliser les pratiques. Les auteurs donnent un aperçu des caractéristiques, récompenses et défis relatifs au service, au personnel clinique, aux thérapeutes, aux cliniciens en médecine comportementale, aux travailleurs sociaux et aux cliniciens de la famille et du couple.

**GLASBY, J. et H. LESTER.** « **Cases for change in mental health: partnership working in mental health services (arguments en faveur du changement en santé mentale : partenariat dans les services de santé mentale)** », *J Interprof Care*, vol. 18, n° 1, février 2004, p. 7-16. <PubMed>

Glasby et Lester (2004) se penchent sur l'état actuel des connaissances sur les partenariats entre les services de santé et les services sociaux au sein des services de santé mentale pour adulte au Royaume-Uni. À la lumière de 43 documents provenant d'une documentation plus vaste, les auteurs discutent des raisons du succès de ces partenariats, des obstacles possibles et des prochaines mesures à prendre; ils discutent également des implications pour la

politique actuelle du Royaume-Uni en matière de santé et de services sociaux.

**GOETZ, RR.** « **The primary care-mental health interface (l'interface soins primaires – santé mentale)** », *New Dir Ment Health Serv*, vol. 81, printemps 1999, p. 17-24. <PubMed>

Goetz (1999) discute de la jonction entre les soins primaires et les soins de santé mentale (dans un contexte de soins intégrés) en examinant différents modèles de pratique. Il fournit un cadre de travail, élaboré à partir d'études de cas, pour dresser une carte des problèmes en fonction de leur type (p. ex. clinique, administratif ou financier) et des points de vue des différents participants (patient, prestataire, institution ou système). Goetz explique que la compréhension des différents modèles de soins peut mettre la table pour la collaboration et que les partenaires doivent développer un langage commun pour éviter les malentendus.

**GOLDBERG, D.** « **Training general practitioners in mental health skills (formation des omnipraticiens en santé mentale)** », *International Review of Psychiatry*, vol. 10, n° 2, mai 1998, p. 102-105. <Abstract>

Goldberg (1998) discute de la formation en santé mentale à donner aux omnipraticiens et aborde les sujets suivants : enseignement de techniques de communication aux médecins de famille; enseignement de la gestion de la somatisation; respect de principes directeurs conviviaux concernant la gestion des troubles de santé mentale courants en contexte de soins primaires; combinaison des principes directeurs avec des commentaires de thérapeutes professionnels en contexte de soins primaires; définition de la contribution d'autres intervenants en soins primaires et de différentes méthodes de traitement.

G

**GOLDMAN, H. H., V. GANJU, R. E. DRAKE, P. GORMAN, M. HOGAN, P. S. HYDE et O. MORGAN.** « Policy implications for implementing evidence-based practices (incidences sur les politiques de la mise en œuvre de pratiques fondées sur l'expérience clinique) », *Psychiatr Serv*, vol. 52, n° 12, décembre 2001, p. 1591-1597. <PubMed> <FullText>

Goldman et ses collaborateurs (2001) discutent en profondeur des répercussions que la mise en œuvre de pratiques fondées sur l'expérience clinique pourrait avoir sur les politiques, et surtout sur les programmes de santé mentale du secteur public spécialisé. Ils discutent des concepts de responsabilité et de qualité, et des pratiques fondées sur l'expérience clinique comme moyen d'arriver à ces fins. Ils passent en revue les obstacles et les mesures incitatives relatifs à l'application possible de programmes de santé mentale dans des services de santé mentale primaires. La section portant sur la nécessité que les infrastructures appuient le changement de système explique en détail un certain nombre de méthodes potentiellement utiles qui ont été adoptées dans des centres de pratiques fondées sur l'expérience clinique aux États-Unis.

**GOSCHA, R. J. et C. A. RAPP.** « The Kansas Excellence in Client-Centered Supervision Program: design and initial results (l'excellence du Kansas en matière de programme de surveillance axé sur le client : conception et résultats préliminaires) », *Community Ment Health J*, vol. 39, n° 6, décembre 2003, p. 511-522. <PubMed>

En utilisant une définition organisationnelle d'une approche axée sur le client, Goscha et Rapp (2003) évaluent un programme conçu pour offrir différentes formes de soutien, y compris de la formation, aux superviseurs de programme afin d'améliorer les résultats des services de soutien offerts à la collectivité. Les auteurs présentent les résultats de la première année, qui révèlent que le rendement global des équipes dont les superviseurs ont participé au programme s'est

amélioré de 40 pour cent, alors que celui des autres équipes est demeuré stable. Trois équipes ont atteint ou dépassé leurs objectifs, cinq ont amélioré leur rendement mais n'ont pas encore atteint leurs objectifs et deux équipes n'ont montré aucune amélioration.

**GOW, T. et M. MacNIVEN.** « Vers la prestation de soins de santé mentale axés sur la collaboration aux Autochtones : Rapport de situation », *Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, Mississauga, Ontario, document de référence interne, 2005.*

Dans leur article pour l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (document de référence interne), Gow et MacNiven explorent la collaboration des services destinés aux peuples des Premières nations. La prestation des soins de santé aux peuples autochtones doit être adaptée à leur culture et fermement ancrée dans leurs croyances pour être efficace et valable. Les soins donnés en collaboration doivent être compatibles avec le modèle de santé holistique et la roue de médecine fréquemment utilisés dans les méthodes de soins autochtones.

**GRAY, R., A. M. PARR, S. PLUMMER, T. SANDFORD, S. RITTER, R. MUNDT-LEACH, D. GOLDBERG et K. GOURNAY.** « A national survey of practice nurse involvement in mental health interventions (sondage national sur la participation des infirmières praticiennes dans les interventions en santé mentale) », *J Adv Nurs*, vol. 30, n° 4, octobre 1999, p. 901-906. <PubMed>

Gray et ses collaborateurs (1999) présentent les résultats d'un sondage national mené auprès d'un échantillon aléatoire de 1 500 infirmières praticiennes participant à des interventions en santé mentale de première ligne au Royaume-Uni. Le taux de réponse a été de 54 pour cent. Les résultats indiquent que les infirmières praticiennes jouent un rôle important dans l'évaluation et le traitement des troubles mentaux. Le plus souvent, elles



sont responsables de l'administration des médicaments antipsychotiques et du dépistage de la dépression. Par contre, ces infirmières assurent rarement le suivi des patients pour vérifier les effets secondaires des médicaments et elles connaissent très peu les problèmes associés au traitement de la dépression. D'accord avec les recommandations d'autres études, les auteurs soulignent la nécessité d'améliorer l'éducation et la formation des infirmières praticiennes en santé mentale.

**GRAZIER, K. L., A. M. HEGEDUS, T. CARLI, D. NEAL et K. REYNOLDS.** « *Integration of behavioral and physical health care for a Medicaid population through a public-public partnership (intégration de soins de santé physique et comportementale pour une population Medicaid, grâce à un partenariat public-public)* », *Psychiatr Serv*, vol. 54, n° 11, novembre 2003, p. 1508-1512. <PubMed> <FullText>

Descrivant un programme de soins intégrés unique comprenant la santé mentale, la toxicomanie, les soins primaires et les soins spécialisés destiné à des usagers Medicaid à faible revenu et démunis d'un comté du Michigan, Grazier et ses collaborateurs (2003) remarquent l'absence de principes directeurs publiés en ce qui concerne la conception et l'exploitation de systèmes intégrés. Ils discutent d'un certain nombre de problèmes rencontrés lors de l'établissement de leur programme qui pourraient intéresser les personnes qui souhaitent instaurer un système de soins de santé intégrés. Ils expliquent, par exemple, comment un groupe d'intervenants venant de différents horizons ont réussi à concevoir une structure de gouvernance, à créer une entité légale, à partager le risque financier, à distribuer les fonds, à coordonner l'information, à surveiller la qualité et à fournir des soins rentables et de grande qualité; et comment les responsables des politiques en matière de santé ont eu recours à l'intégration pour s'appuyer sur la réussite de la collaboration et de la coopération interdisciplinaire. Ont participé

à ce programme le gouvernement de l'État, le gouvernement du comté, des prestataires de services de santé universitaires et un régime d'assurance-maladie intégré Medicaid. Il a été crucial de placer les valeurs communes à ces organisations à l'avant des ressources et des risques financiers. Le gouvernement d'État a joué un rôle essentiel de défenseur et de facilitateur tout au long du processus. Selon l'évaluation des auteurs, l'intégration des services de santé mentale et de désintoxication aux services de santé mentale primaires s'avère passablement prometteuse comme moyen d'améliorer la qualité des résultats pour la santé, surtout chez les personnes souffrant de maladies chroniques.

**GRIFFITH, J. L.** « *The importance of nondichotomized thinking (l'importance de la pensée non dichotomique)* », Dans **Blount, A, éditeur.** « *Integrated primary care: the future of medical and mental health collaboration (des soins primaires intégrés : l'avenir de la collaboration entre la médecine et la santé mentale)* », *New York, Norton, 1998, p. 44-62.*

Griffith (1998) décrit le rôle des services de santé mentale primaires dans le traitement des patients souffrant de maladies physiques et fournit un résumé utile des recherches sur le rôle des facteurs psychosociaux dans la cause et le déroulement de la maladie. Il défend avec conviction une nouvelle façon de répondre et de penser aux besoins des gens en matière de santé. Il discute du classique paradigme corps-esprit qui sous-tend la médecine et le caractère inadéquat de cette pensée dichotomique dans l'intégration des soins psychiques et physiques.

G

**HAHN, S. R. « Behavioral science curricula for general internal medicine: leading the fearful and preaching to the converted [abstract] (formation en science comportementale pour les internes en médecine interne : convaincre le craintif et prêcher devant le converti) », *European Psychiatry*, vol. 12, suppl. 2, 1997, p. 129s.**

Hahn (1997) présente un programme visant à enseigner des techniques psychosociales à des omnipraticiens dans le cadre d'un programme d'enseignement médical de soins primaires. Trois approches sont brièvement décrites : un programme qui utilise des acteurs professionnels pour représenter des patients souffrant de troubles médicaux et psychopathologiques; une série de quatre éléments de formation comprenant un groupe de Balint, des entrevues supervisées, la gestion de cas multidisciplinaire et une série de séminaires de deux ans sur la psychopathologie, la psychothérapie et la relation médecin-patient; finalement, un programme de résidence combinant la médecine et la psychiatrie.

**HALES, A., J. KARSHMER, L. MONTES-SANDOVAL et A. FISZBEIN. « Preparing for prescriptive privileges: a CNS-physician collaborative model. Expanding the scope of the psychiatric-mental health clinical nurse specialist (préparation à la délivrance d'ordonnances : un modèle de collaboration entre les infirmières cliniciennes spécialisées et les médecins. Élargir le rôle de l'infirmière clinicienne spécialisée en psychiatrie-santé mentale) », *Clin Nurse Spec*, vol. 12, n° 2, mars 1998, p. 73-80. <PubMed>**

Hales et ses collaborateurs (1998) discutent d'un modèle de collaboration entre les psychiatres et les infirmières cliniciennes spécialisées en psychiatrie-santé mentale. Parce que ces infirmières ont obtenu récemment le droit de rédiger des ordonnances, ce programme de collaboration a été conçu pour leur permettre d'acquérir les compétences et les connaissances

dont elles ont besoin pour gérer la médication des patients et étendre la portée de leur pratique. Le modèle de formation comporte deux éléments : une expérience interactive selon laquelle l'infirmière clinicienne spécialisée rencontre le psychiatre chaque semaine pour voir les patients, revoir la médication et faire les ajustements nécessaires; une présentation de cas plus formelle de l'infirmière devant le psychiatre visant à favoriser les commentaires et les discussions qui permettront à l'infirmière d'accroître ses connaissances des médicaments, de leur coût, des dosages, des effets secondaires et d'autres questions de gestion. L'élargissement du rôle de l'infirmière clinicienne spécialisée demande qu'on porte une certaine attention au système local afin que les autres professionnels comprennent et se réjouissent des avantages que cela peut représenter pour les patients. Les auteurs mentionnent quelques obstacles à ce programme, comme par exemple une réaction négative de la part de la collectivité médicale devant ce partage des privilèges d'ordonnance, une réaction des psychologues qui aimeraient avoir ce même privilège et l'ignorance des patients de ce nouveau rôle des infirmières.

**HAQUE, MS., P. NOLAN, R. DYKE et I. KHAN. « The work and values of mental health nurses observed (observation du travail des infirmières en santé mentale) », *J Psychiatr Ment Health Nurs*, vol. 9, n° 6, décembre 2002, p. 673-680. <PubMed>**

Haque et ses collaborateurs (2002) examinent le travail des infirmières en santé mentale en milieu communautaire qui travaillent à la jonction des soins primaires et secondaires en Angleterre. Une trentaine d'infirmières ont répondu à un questionnaire de 39 questions visant à explorer la perception qu'elles ont de leur rôle et de leur capacité de le jouer pleinement. Les résultats ont démontré que les infirmières sont enthousiastes à propos de leur rôle et de la possibilité de l'élargir dans un contexte de soins primaires. Par contre, elles s'inquiètent de la perception des autres professionnels de la santé, de leur manque de compétences thérapeutiques

et du niveau de soutien qu'elles reçoivent. Les auteurs recommandent que les infirmières informent les autres professionnels de la santé et les utilisateurs de services du rôle qu'elles jouent; qu'elles passent plus de temps avec les utilisateurs de services et surtout avec ceux qui souffrent de problèmes complexes; et qu'elles s'efforcent de faire apprécier leur travail et sa valeur ajoutée pour les gens qu'elles traitent.

**HARMON, K., V. J. CARR et T. J. LEWIN.**  
**« Comparison of integrated and consultation-liaison models for providing mental health care in general practice in New South Wales, Australia (comparaison de modèles de soins intégrés et de consultation-liaison visant à offrir des soins de santé mentale dans un contexte de médecine générale en Nouvelle-Galles du Sud, en Australie) », *J Adv Nurs*, vol. 32, n° 6, décembre 2000, p. 1459-1466. <PubMed>**

Harmon et ses collaborateurs (2000) comparent des programmes de consultation-liaison et de soins de santé mentale primaires intégrés en Nouvelle-Galles du Sud. Ils comparent l'étendue et la gravité des problèmes psychiatriques, les niveaux de participation des omnipraticiens et des psychiatres et les modèles de soins. Les infirmières en santé mentale travaillent au sein d'une équipe régionale en santé mentale en milieu communautaire, sous la supervision d'un psychiatre. Dans le cadre de ce programme, les infirmières devaient accepter les patients qui leur étaient envoyés et fournir une évaluation clinique, une consultation et des commentaires sur le diagnostic et le traitement; fournir des services de thérapie ou de psychothérapie à court terme, au besoin, aux patients dont l'omnipraticien ne pouvait ou ne voulait pas offrir ce service; faire la gestion de cas en collaboration avec l'omnipraticien; et assurer la liaison avec les services de médecine générale, de santé mentale et ses collaborateurs services. Le programme de soins intégrés traitait une plus vaste gamme de diagnostics associés à des niveaux de déficience plus élevés, y compris des taux plus élevés de troubles psychotiques et troubles de l'humeur, et

des taux moins élevés de troubles d'adaptation. Dans l'ensemble, le programme a été bien reçu; les omnipraticiens le jugent accessible et acceptable.

**HART, C. « Keeping teams together (garder les équipes ensemble) », *Nurs Times*, vol. 95, n° 37, 15-21 septembre 1999, p. 48-49. <PubMed>**

Hart (1999) présente un bref aperçu des questions relatives au bon fonctionnement des équipes de santé mentale en milieu communautaire. Les conditions requises pour qu'une équipe travaille avec efficacité sont examinées, ainsi que la nécessité d'établir des limites, une charge de travail adéquate, des améliorations à la structure, des avantages, des défis de gestion et un contrôle du stress. La description des éléments requis pour créer une culture d'ouverture et d'expérience commune est utile : on y parle entre autres de travailler dans un espace ouvert, d'avoir un programme de formation continue, de développer et maintenir une philosophie d'équipe et des objectifs clairs, de fixer en commun les critères d'admission et de sortie du service, de faire des commentaires et une revue du travail effectué avec les usagers lors de discussions en équipe, de recevoir une supervision de groupe, de faire participer l'équipe à l'établissement de la politique et de mettre au point certaines mesures de contrôle du travail.

**HEALTH DISPARITIES COLLABORATIVES.**  
**[2005] Disponible sur**  
**<http://www.healthdisparities.net>**

Le but poursuivi par Health Disparities Collaboratives aux États-Unis était de changer les pratiques de soins de santé primaires afin d'améliorer les soins fournis à tous les citoyens et d'éliminer les disparités dans les soins. L'Asthma and Depression Collaborative, créé en mars 2000, compte 40 centres de santé participants. Un certain nombre d'outils pratiques pour le traitement de la dépression ont été développés et mis à la disposition des gens sur le Web :

I

service clinique, service communautaire, aide à la décision, conception d'un système de prestation, organisation des soins de santé et auto-gestion.

**HEDRICK, S. C., E. F. CHANEY, B. FELKER, C. F. LIU, N. HASENBERG, P. HEAGERTY, J. BUCHANAN, R. BAGALA, D. GREENBERG, G. PADEN, S. D. FIHN et W. KATON.**  
« **Effectiveness of collaborative care depression treatment in Veterans' Affairs primary care (efficacité de la collaboration dans le traitement de la dépression dans un service de soins primaires pour anciens combattants)** », *J Gen Intern Med*, vol. 18, n° 1, janvier 2003, p. 9-16. <PubMed>

Hedrick et ses collaborateurs (2003) comparent des programmes de collaboration et de consultation-liaison dans une clinique de soins primaires pour anciens combattants du Nord-Ouest des États-Unis. Le modèle de soins collaboratifs utilisé est basé sur un modèle de maladie chronique dans lequel une équipe multidisciplinaire aide le prestataire de soins primaires à fournir un traitement fondé sur l'expérience clinique. Les deux modèles sont comparés pour déceler leur incidence sur la gravité des symptômes de dépression, l'état de santé et le taux de satisfaction par rapport aux soins. Les soins donnés en collaboration ont permis une plus grande amélioration des symptômes de dépression que le programme de consultation-liaison pendant les trois premiers mois, mais ils n'ont pas fait de différence significative sur une période de neuf mois. Dans le programme de soins collaboratifs, plus de patients ont reçu des médicaments et suivi une thérapie comportementale cognitive. L'état de santé des patients de ce programme s'est amélioré et maintenu pendant neuf mois.

**HELDRING, M.** « **Integrated primary health care for women (soins de santé primaires intégrés pour les femmes)** », Dans Blount, A, éditeur. « **Integrated primary care: the future of medical and mental health collaboration (des soins primaires intégrés : l'avenir de la collaboration entre la médecine et la santé mentale)** », New York, Norton, 1998. p. 247-260.

Heldring (1998) fait la promotion de soins de santé primaires intégrés pour les femmes dans le chapitre qu'il a rédigé dans *Integrated primary care: the future of medical and mental health collaboration*. Elle défend une approche holistique allant au-delà du modèle biomédical pour comprendre les problèmes de santé des femmes, y compris leur santé mentale. Elle s'arrête sur l'attention accrue accordée à la santé des femmes, les problèmes de santé clinique auxquels sont confrontées les femmes, l'incidence que les problèmes de santé des femmes ont sur la société, les soins de santé multidisciplinaires et quelques exemples de cas.

**HENKEL, V., R. MERGL, J. C. COYNE, R. KOHNEN, H. J. MOLLER et U. HEGERL.**  
« **Screening for depression in primary care: will one or two items suffice? (dépistage de la dépression en contexte de soins primaires : un ou deux éléments sont-ils suffisants?)** », *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, vol. 254, n° 4, août 2004, p. 215-223. <PubMed>

Henkel et ses collaborateurs (2004) s'interrogent sur la viabilité du dépistage de la dépression en contexte de soins primaires. Bien que des instruments plus courts aient été développés ces dernières années, il est encore difficile d'obtenir que les prestataires de soins primaires utilisent ces outils de dépistage avec leurs patients et y donnent suite quand les résultats sont positifs. L'étude examine les propriétés psychométriques des combinaisons à un ou deux éléments de l'indice de bien-être WHO-5 et compare les caractéristiques obtenues avec celles de la version originale de l'indice et d'un autre test de dépistage à deux éléments. En tout,

431 patients en premiers soins ont participé à l'étude. Les résultats ont démontré que les questions à un seul élément étaient inadéquates. La combinaison à deux éléments de l'indice WHO-5 s'est révélée plus efficace que l'outil de dépistage plus long. Les auteurs pensent que les outils de dépistage à deux questions pourraient avoir l'avantage d'améliorer le dépistage de la dépression parmi les patients traités dans un contexte de soins primaires.

**HERRMAN, H., T. TRAUER et J. WARNOCK.** « **Professional Liaison Committee (Australia) Project Team. The roles and relationships of psychiatrists and other service providers in mental health services (équipe du projet de comité de liaison professionnelle (Australie). Les rôles et les relations des psychiatres et autres collaborateurs prestataires de services de santé mentale)** », *Aust N Z J Psychiatry*, vol. 36, n° 1, février 2002, p. 75-80. <PubMed>

Herrman et ses collaborateurs (2002) reconnaissent le besoin croissant d'élargir le concept d'équipe parmi les professionnels, le soignant, les groupes d'entraide, les agences non gouvernementales et les établissements publics offrant des services de santé mentale. Les auteurs décrivent un projet entrepris par le Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Professional Liaison Committee (Australia) of the Board of Professionals and Community Relations pour examiner les problèmes que les psychiatres rencontrent dans les relations professionnelles. Le projet avait pour but de faire des recommandations à leur collège concernant la formation, le maintien de normes professionnelles, le leadership et la gestion. La plus grande partie de l'article porte sur les obstacles à la collaboration et au travail d'équipe. Les auteurs encouragent tous les professionnels de la santé mentale à se pencher sur les problèmes que pose le travail d'équipe et à formuler des recommandations semblables au milieu de l'éducation, aux organisations professionnelles, aux milieux de travail et au gouvernement, afin de faire progresser la collaboration dans les services de santé mentale.

**HICKIE, I. et G. GROOM.** « **Primary care-led mental health service reform: an outline of the Better Outcomes in Mental Health Care initiative (réforme des services de la santé mentale dirigée par les services de soins primaires : un résumé de l'initiative)** », *Australas Psychiatry*, vol. 10, n° 4, décembre 2002, p. 376-382. <Abstract>

Hickie et Groom (2002) expliquent les caractéristiques clés des récentes réformes de la santé mentale dirigées par les services de soins primaires en Australie. Ils fournissent de l'information sur le système et sur la façon dont les soins de santé mentale primaires ont évolué au pays, et décrivent les structures et processus utilisés dans cette importante initiative, dans un pays aux prises avec des problèmes de prestations de services dans des campagnes et régions éloignées. Ils mettent en lumière les points essentiels de l'initiative visant à améliorer les résultats des soins de santé mentale, les avantages d'un système de santé mentale fondé sur les soins primaires et les priorités d'un tel système.

**HOFFMAN, H. L., C. A. CASTRO-DONLAN, V. M. JOHNSON et D. R. CHURCH.** « **The Massachusetts HIV, hepatitis, addiction services integration (HHASI) experience: responding to the comprehensive needs of individuals with co-occurring risks and conditions (l'expérience d'intégration des services liés au VIH, à l'hépatite et aux dépendances au Massachusetts : répondre aux besoins des personnes présentant des conditions et des risques associés)** », *Public Health Rep*, vol. 119, n° 1, janvier-février 2004, p. 25-31. <PubMed>

Hoffman et ses collaborateurs (2004) décrivent un programme visant à évaluer les possibilités d'intégrer les programmes de VIH/SIDA avec les programmes de désintoxication dans l'ensemble de l'État du Massachusetts. Le programme a été entrepris grâce à une bourse de planification d'un an de la Federal Substance Abuse and Mental Health Services Administration et il a

H

par la suite été élargi pour inclure l'hépatite A. Le programme a permis de développer un plan stratégique, des initiatives d'acquisition en commun et un engagement permanent à soutenir les efforts d'intégration des bureaux. Ce rapport souligne l'importance que les mesures incitatives locales, fédérales et des États soutiennent les soins intégrés qui présentent une plus grande efficacité ainsi qu'une coordination et des communications améliorées entre les clients, les fournisseurs et les bailleurs de fonds gouvernementaux.

**HOLLEMAN, W. L., J. H. BRAY, L. DAVIS et M. C. HOLLEMAN. « Innovative ways to address the mental health and medical needs of marginalized patients: collaborations between family physicians, family therapists, and family psychologists (nouvelles façons de répondre aux besoins de santé physique et mentale des patients marginalisés : collaboration entre les médecins de famille, les thérapeutes et les psychologues) », *Am J Orthopsychiatry*, vol. 74, n° 3, juillet 2004, p. 242-252. <PubMed>**

Holleman et ses collaborateurs (2004) ont mis en œuvre un programme destiné à des personnes sans abri participant à un centre de transition du Texas. Des équipes de professionnels multidisciplinaires (qui ont participé au programme à temps partiel pour la plupart) ont travaillé sur quatre composantes du programme qui ont été conçues pour répondre à la gamme complexe de problèmes que vivent ces personnes sans abri. Pendant les 12 à 18 mois de leur présence au centre, les participants (familles et mères monoparentales) ont pris part à une variété d'activités, à commencer par un traitement en désintoxication, le cas échéant. Voici les quatre composantes du programme.

1. Groupe de soutien psychologique pour les personnes souffrant de maladies et de déficiences chroniques ayant pour but d'inciter les clients à jouer un rôle plus actif dans leurs soins de santé et de leur fournir de l'information et du soutien.

2. Programme novateur pour bâtir de meilleures familles en aidant les gens à reconnaître les modèles de comportement de leur famille d'origine et à comprendre comment ces modèles influent sur leur famille et leurs relations actuelles.
3. Programme de gestion de médicaments collaboratif dans lequel les médecins de famille et les thérapeutes travaillent avec les participants pour les aider à se familiariser avec une utilisation adéquate des médicaments dont ils ont besoin.
4. Programme d'encadrement familial dans lequel les médecins et les thérapeutes travaillent avec les familles dans leur demeure pour faciliter les liens avec les services dont elles ont besoin.

Ensemble, ces programmes collaboratifs ont apporté un certain nombre d'avantages aux usagers, y compris la reconnaissance et l'orientation des personnes qui auraient avantage à recevoir des services de consultation individuelle ou familiale ou des traitements médicamenteux; une planification de traitement complète pour les personnes souffrant de symptômes somatiques; une volonté accrue de recevoir une aide psychologique; l'expression des besoins émotifs, spirituels et sociaux des clients; et le développement d'habiletés et de techniques d'adaptation. Pour le personnel soignant, les avantages ont pris différentes formes, allant d'une plus grande efficacité de l'équipe jusqu'à la gestion du stress lié à leur profession, en passant par une satisfaction générale par rapport à leur travail.

**HOLLIFIELD, M. « Building new bridges in primary care [editorial] (bâtir de nouveaux ponts en contexte de soins primaires [éditorial] », *Gen Hosp Psychiatry*, vol. 26, n° 4, juillet-août 2004, p. 253-255. <PubMed>**

Hollifield (2004) discute d'un certain nombre d'obstacles à l'utilisation de services de santé mentale par les personnes d'origine chinoise. Il y a, par exemple, un modèle explicatif de la maladie qui présente les personnes traitées pour

troubles mentaux comme folles et considère les symptômes courants, comme ceux liés à la dépression par exemple, comme des problèmes liés à la discorde familiale, à la pression sociale, à une mauvaise santé physique et à des événements indésirables, plutôt qu'à la maladie mentale. Parmi les autres obstacles, il y a la croyance qu'on ne doit rechercher de l'aide que si la vie est en danger, quand le comportement est évident ou qu'il nuit à d'autres personnes, ainsi que la barrière de la langue et la nécessité de garder les troubles mentaux secrets dans une collectivité tricotée serrée. Une méfiance rationnelle envers l'autorité, surtout parmi ceux qui ont connu la guerre ou la répression politique, empêche également beaucoup de Chinois d'avoir recours aux services de santé mentale. On n'a qu'à penser à cette expérience de la révolution culturelle chinoise quand les symptômes de dépression étaient souvent interprétés comme une critique du gouvernement et entraînaient l'arrestation ou la punition. L'auteur propose un nouveau modèle de soins de santé mentale collaboratifs pour tous les immigrants, un modèle fondé sur une approche plus holistique de la maladie (au lieu de la dualité esprit-corps) qui sanctionne les liens plus étroits entre le patient et le médecin et rayonne dans la collectivité.

**HORDER, J. « Interprofessional collaboration and interprofessional education [editorial] (collaboration et éducation interprofessionnelles) [éditorial] », *Br J Gen Pract*, avril 2004, vol. 54, n° 501, p. 243-245. <PubMed>**

Horder (2004) souligne la nécessité pour l'éducation professionnelle de préparer les professionnels des différentes disciplines aux demandes et attentes des contextes de soins collaboratifs. Se basant sur l'expérience assez longue du Royaume-Uni (quelque 25 années), il décrit deux croyances fondamentales : d'abord, que l'amélioration des communications et du travail d'équipe entre les différentes professions est avantageuse non seulement pour les patients, les clients et les soignants, mais

également pour les professionnels eux-mêmes; ensuite, que l'éducation interprofessionnelle peut contribuer au développement de ces aspects de leur travail en combattant l'ignorance, le préjudice et le tribalisme, et augmenter de ce fait la compréhension, le respect et le soutien mutuel. L'auteur souligne deux évidences : la nécessité d'en arriver à une meilleure collaboration qui profiterait aux patients, aux clients et aux professionnels; la nécessité d'évaluer l'ensemble du système d'éducation interprofessionnel, y compris les programmes universitaires et leur impact sur le changement d'attitude, et les activités en milieu de travail pour leur capacité d'améliorer la qualité des soins. Il fait plusieurs recommandations qui soutiennent les soins collaboratifs dont celles ci-dessous.

- ∞ Plus d'évaluations, surtout celles qui combinent des méthodes ou des programmes d'éducation variés, grâce à la collaboration, et au profit du client.
- ∞ Formation et accréditation de professeurs interprofessionnels.
- ∞ Plus d'expériences qui intègrent des modules interprofessionnels dans les programmes d'éducation afin de contrer dès le début les stéréotypes négatifs.
- ∞ Plus d'initiatives d'apprentissage en milieu de travail au cours desquelles les praticiens travaillent ensemble sur de réels problèmes cliniques, ou travaillent à améliorer un service qui leur est profitable ainsi qu'aux patients.

**HOWARD, M., K. TRIM, C. WOODWARD, L. DOLOVICH, C. SELLORS, J. KACZOROWSKI et J. SELLORS.** « Collaboration between community pharmacists and family physicians: lessons learned from the Seniors Medication Assessment Research Trial (collaboration entre les pharmaciens communautaires et les médecins de famille : leçons apprises de la recherche sur la médication des personnes âgées), *J Am Pharm Assoc (Washington DC)*, vol. 43, n° 5, septembre 2003, p. 566-572. <PubMed>

Howard et ses collaborateurs (2003) ont effectué une étude qualitative sur des pharmaciens ayant reçu une formation spéciale et des médecins de famille qui participent à un programme de collaboration visant à optimiser la pharmacothérapie des patients âgés. Le but de l'étude était d'en apprendre plus sur le programme et de déterminer les obstacles à sa mise en œuvre, ses faiblesses et des stratégies pour surmonter ces obstacles. Les médecins et les pharmaciens ne s'entendent pas sur les fonctions que devraient assumer les pharmaciens dont le rôle est élargi. Les pharmaciens voient le projet comme une occasion d'assumer un plus grand rôle, tandis que les médecins apprécient l'information que leur transmettent les pharmaciens à propos de l'utilisation de médicaments délivrés sans ordonnance, mais ils ne sont pas d'accord pour que les pharmaciens conseillent les patients. La clientèle visée par le programme s'est également révélée un problème : les critères d'inclusion étaient vastes et beaucoup de patients n'avaient pas besoin d'une intervention poussée des pharmaciens. Le manque de mécanisme de compensation adéquat pour les pharmaciens a aussi été souligné. Les auteurs recommandent d'éclaircir les fonctions que les pharmaciens et les médecins doivent assumer quand ils travaillent ensemble, de cibler les bons candidats pour ce genre de programme, de rationaliser les façons de faire les recommandations et de mettre au point des mécanismes de compensation appropriés pour les pharmaciens.

**HULL, S. A., C. JONES, J. M. TISSIER, S. ELDRIDGE et D. MACLAREN.** « Relationship style between GPs and community mental health teams affects referral rates (incidence du style de relation entre les omnipraticiens et les équipes de santé mentale communautaires sur les taux de renvoi de patients) », *Br J Gen Pract*, vol. 52, n° 475, février 2002, p. 101-107. <PubMed>

Hull et ses collaborateurs (2002) examinent les effets du style de relation sur les taux de renvoi des patients des omnipraticiens et des équipes de santé mentale communautaires. Le style de relation est classé selon trois catégories : consultation-liaison (rencontres face à face régulières et discussion de cas quatre à six fois par semaine); quelques contacts (contacts téléphoniques réguliers et possibilité de rencontrer l'équipe au besoin); pas de contact (l'équipe transmet l'information par lettre seulement et les contacts téléphoniques se font à l'occasion). Le style consultation-liaison est associé à un taux de renvoi supérieur pour les personnes souffrant de maladie mentale grave, pour un travail à court et à long terme. Dans les cabinets ayant des services de psychologie internes, le taux de renvoi vers des services de psychiatrie externes était plus faible.

**HUNKELER, E. M., J. F. MERESMAN, W. A. HARGREAVES, B. FIREMAN, W. H. BERMAN, A. J. KIRSH, J. GROEBE, S. W. HURT, P. BRADEN, M. GETZELL, P. A. FEIGENBAUM, T. PENG et M. SALZER.** « Efficacy of nurse telehealth care and peer support in augmenting treatment of depression in primary care (efficacité de la télésanté et du soutien des pairs pour accroître le traitement de la dépression en contexte de soins primaires) », *Arch Fam Med*, vol. 9, n° 8, août 2000, p. 700-708. <PubMed> <FullText>

Dans leur essai clinique à répartition aléatoire, Hunkeler et ses collaborateurs (2000) examinent l'efficacité de la télésanté et du soutien par les pairs pour accroître le traitement de la



dépression en contexte de soins primaires. Cette étude avait pour but d'améliorer le traitement de la dépression. L'essai comparait les soins ordinaires, les soins de télésanté et les soins de télésanté profitant d'un soutien par les pairs. Des évaluations ont été faites au début du programme, après six semaines et après six mois. Un total de 302 patients provenant de deux cliniques de soins primaires intégrés pour adulte ont participé au programme. Dans les interventions de télésanté, les infirmières en soins primaires ont fourni un soutien émotif et des interventions comportementales au cours de dix appels de 6 minutes effectués sur une période de quatre mois. Les interventions profitant d'un soutien par les pairs faisaient appel à des personnes qui avaient elles-mêmes souffert de dépression et qui communiquaient avec les patients par téléphone ou en personne. Les résultats de l'étude ont démontré une amélioration de 50 pour cent pour les patients qui avaient profité de soins de télésanté, avec ou sans le soutien par des pairs, au bout de six semaines et de six mois, et une plus grande réduction des symptômes au bout de six mois. Le soutien par des pairs ajouté aux soins de télésanté n'a pas eu d'incidence sur les résultats préliminaires. La télésanté a par contre amélioré le fonctionnement mental et la satisfaction des patients. Dans l'ensemble, les résultats cliniques du traitement par antidépresseurs et la satisfaction des patients se sont améliorés avec les soins de télésanté. Ce modèle pourrait aisément être mis en œuvre dans une pratique de soins primaires très occupée.

**HYVÖNEN, S. et M. NIKKONEN.** « **Primary health care practitioners' tools for mental health care (outils utilisés par les omnipraticiens pour le traitement de troubles mentaux)** », *J Psychiatr Ment Health Nurs*, vol. 11, n° 5, octobre 2004, p. 514-524. <PubMed>

Dans leur petite étude qualitative, effectuée dans un centre de santé finlandais régional, Hyvönen et Nikkonen (2004) présentent le point de vue des prestataires de soins primaires à propos de

soins de santé mentale efficaces. Ils ont interrogé des médecins et des infirmières pour recueillir de l'information sur les genres d'outils dont ils disposaient en matière de santé mentale et sur la façon dont ils s'en servent. Après une analyse de contenu, les auteurs ont défini une série d'outils qu'ils ont classés en différentes catégories : l'omnipraticien lui-même, outils idéologiques, interactifs, techniques et informatifs. Les outils interactifs et l'omnipraticien sont au cœur de soins de santé mentale efficaces. Les auteurs discutent également des conséquences de leurs découvertes sur l'éducation.

**JACKSON-BOWERS, E., C. HOLMWOOD et V. WADE.** « **Allied health professionals providing psychological treatments in general practice settings. What options are there? (professionnels de la santé alliés offrant des traitements psychologiques en contexte de médecine générale : quelles sont les options)** », *Aust Fam Physician*, vol. 31, n° 12, décembre 2002, p. 1119-1121. <PubMed> <FullText> OU <FullText>

L'initiative *Better Outcomes in Mental Health* de l'Australie incite les omnipraticiens à orienter leurs patients vers un traitement psychologique d'une durée limitée. Jackson-Bowers et ses collaborateurs (2002) commentent cet engagement des professionnels de la santé alliés d'offrir ce service dans un contexte de médecine générale, les avantages et inconvénients d'impartir ce service, la nécessité de surveiller le système afin que les États ne se retirent pas de services qu'ils offraient à cause de l'ajout de ce nouveau service, et la nécessité de situer ce nouveau service dans un contexte de soins primaires. Les auteurs examinent la confidentialité comme facteur clé dans l'interaction interprofessionnelle et la nécessité du soutien des prestataires alliés.

**JACOBSON, L., R. CHURCHILL, C. DONOVAN, E. GARRALDA et J. FAY. « Adolescent Working Party, Royal College of General Practitioners. Tackling teenage turmoil: primary care recognition and management of mental ill health during adolescence (groupe de travail sur les adolescents, Collège royal des omnipraticiens. S'attaquer aux remous qui agitent l'adolescence : reconnaissance et prise en charge par le secteur des soins primaires des maladies mentales chez l'adolescent) », *Fam Pract*, vol. 19, n° 4, août 2002, p. 401-409. <PubMed> <FullText>**

Jacobson et ses collaborateurs (2002) ont étudié les méthodes pour le diagnostic et la prise en charge des maladies mentales chez l'adolescent, ainsi que pour l'amélioration du traitement de ces dernières dans le secteur des soins primaires. Partant de données locales (Royaume-Uni) et internationales, ils ont examiné les méthodes que peuvent utiliser les omnipraticiens pour reconnaître, prendre en charge et traiter ces maladies. L'article traite en profondeur des interrelations entre les problèmes de santé mentale et autres comportements et facteurs de risques liés à la santé, et fait ressortir les facteurs biomédicaux, individuels et contextuels qui devraient être pris en considération au moment d'évaluer un problème de santé mentale et de poser un diagnostic. Les auteurs énumèrent plusieurs des barrières qui font obstacle à la prestation de soins optimaux, telles que les lacunes au chapitre de la définition de la souffrance émotionnelle chez l'adolescent, de la formation des omnipraticiens sur la santé des adolescents, des effectifs de chercheurs, des ressources et des renseignements provenant des adolescents eux-mêmes qui pourraient être une source utile d'information fondée sur leur propre expérience.

**JACOBSON, N. et D. GREENLEY. « What is recovery? A conceptual model and explication (qu'est-ce que le rétablissement? Modèle conceptuel et explication) », *Psychiatr Serv*, vol. 52, n° 4, avril 2001, p. 482-485. <PubMed> <FullText>**

Dans cet article, Jacobson et Greenley (2001) décrivent un modèle conceptuel de rétablissement comportant deux volets essentiels, soit les conditions internes et les conditions externes qui aident une personne à se remettre d'une maladie mentale. Les conditions internes, telles que l'espoir, la cicatrisation, la prise en main personnelle et la création de liens sont celles qui sont vécues par les personnes qui se disent en voie de rétablissement. Les conditions externes, telles que la mise en pratique des principes liés aux droits humains, une culture favorable à la guérison et des services axés sur le rétablissement favorisent également la guérison. Le modèle décrit relie ces notions abstraites à des stratégies précises qui peuvent être utilisées par divers programmes, agences et intervenants pour soutenir le processus de guérison.

**JENKINS, G. C. « Collaborative care in the United Kingdom (les soins axés sur la collaboration au Royaume-Uni) », *Prim Care*, vol. 26, n° 2, juin 1999, p. 411-422. <PubMed>**

À la lumière des données tirées du premier sondage d'envergure nationale, Jenkins (1999) objective l'augmentation du recours aux consultations en médecine générale au Royaume-Uni, et aborde la question des patients et des thérapeutes qu'ils consultent. Jenkins traite de la création d'une base de données factuelles pour les thérapeutes en pratique générale en faisant ressortir les lacunes des essais comparatifs à répartition aléatoire des sujets dans le domaine des traitements psychologiques.

**JENKINS, G. C.** « Promoting and measuring behavioral health services in family medical practices in the United Kingdom (promotion et évaluation des services de santé comportementale en médecine familiale au Royaume-Uni) », *Families, Systems & Health*, commentaire, vol. 20, n° 4, hiver de 2002, p. 399-415.

Partant d'un survol historique du *Counselling in Primary Care Trust* et de la création du système *Clinical Outcomes in Routine Evaluations* (CORE) en Angleterre, Jenkins (2002) donne une vue d'ensemble des tensions et des débats entourant le recours aux consultations dans le secteur des soins primaires et fait un examen rapide de ce qui constitue un argument acceptable pour étayer les meilleures pratiques. Le système CORE a été créé afin de fournir des données cliniques factuelles aux thérapeutes œuvrant dans le secteur des soins primaires. Le lecteur trouvera dans cet article les résultats préliminaires de la mise en application de ce système, même si un compte rendu complet de ces résultats a été publié (voir Mellor-Clark, et coll., 2001).

**JENKINS, R.** « Mental health and primary care-implications for policy (la santé mentale et ses répercussions sur les politiques relatives aux soins primaires) », *International Review of Psychiatry*, vol. 10, n° 2, mai 1998, p. 158-160.

Dans son article, Jenkins (1998), du *WHO Collaborating Centre*, de Londres, en Angleterre, traite des questions de santé mentale et de politiques de soins primaires à la lumière des systèmes. Elle apporte une perspective internationale élargie sur les soins primaires en santé mentale. Sont particulièrement intéressants les exemples de mesures prises dans certains pays en voie de développement où l'intégration des soins primaires et de santé mentale s'est faite de manière innovatrice et sans les problèmes vécus dans les pays qui se sont dotés de systèmes de santé compliqués et fragmentés ayant tenté le même type d'intégration. Par ailleurs, Jenkins fait ressortir la nécessité de mettre sur pied davantage

de systèmes de soins primaires à l'échelle mondiale afin de répondre à la forte demande dans le domaine du traitement des maladies mentales courantes.

**JENKINS, R. et G. STRATHDEE.** « The integration of mental health care with primary care (intégration des soins en santé mentale et des soins primaires) », *Int J Law Psychiatry*, vol. 23, n° 3-4, mai et août 2000, p. 277-291. <PubMed>

Dans leur article détaillé sur l'intégration des soins de santé mentale et des soins primaires, Jenkins et Strathdee (2000) font un tour d'horizon des diverses démarches entreprises dans les pays en voie de développement connaissant une pénurie d'omnipraticiens et de spécialistes. Les travailleurs non spécialisés tels que les travailleurs œuvrant dans le secteur des soins primaires, les infirmières, les auxiliaires médicaux et les médecins doivent se perfectionner afin d'améliorer les soins généraux prodigués en santé mentale. Les auteurs soulignent que les services de santé mentale doivent être décentralisés et les fonctions visant les soins en santé mentale, intégrées dans les services de soins de santé généraux. Il est également essentiel que le rôle des professionnels de la santé mentale soit élargi de façon à inclure la formation et l'encadrement des travailleurs non spécialisés.

**JUDD, F., J. DAVIS, G. HODGINS, J. SCOPELLITI, B. AGIN et C. HULBERT.** « Rural integrated primary care psychiatry programme: a systems approach to education, training and service integration (programme de soins primaires psychiatriques en milieu rural : méthode systémique pour l'intégration de l'instruction, de la formation et des services) », *Australas Psychiatry*, vol. 12, n° 1, mars 2004, p. 42-47.

Dans leur article, Judd et ses collaborateurs (2004) décrivent leur démarche mobilisatrice et innovatrice pour créer des programmes visant le partage des soins en milieu rural, en

Australie. En intégrant les diverses initiatives de formation en santé mentale, cette équipe a conçu un programme permettant de fournir des services en santé mentale et applicable dans tout le système à l'aide d'un modèle de soins axés sur la collaboration ayant permis d'augmenter le nombre de personnes traitées. Le modèle avait pour objectifs la formation des omnipraticiens et le soutien de ces professionnels dans la prestation de soins en santé mentale, ainsi que l'amélioration des traitements spécialisés administrés aux patients atteints de maladie mentale de la région. La formation a donné lieu à l'adoption de méthodes et d'un langage communs en matière de soins en santé mentale par les omnipraticiens, de même qu'à l'amélioration de l'utilisation des ressources offertes. Ce programme comporte un autre objectif : continuer de diffuser en région rurale les données factuelles issues des diverses interventions.

**KAAS, M. J., D. DEHN, D. DAHL, K. FRANK, J. MARKLEY et P. HEBERT. « A view of prescriptive practice collaboration: perspectives of psychiatric-mental health clinical nurse specialists and psychiatrists (aperçu de la collaboration imposée : point de vue des psychiatres et des infirmières cliniciennes spécialisées en psychiatrie et en santé mentale) », *Arch Psychiatr Nurs*, vol. 14, n° 5, octobre 2000, p. 222-234. <PubMed>**

Bien que de nombreux états exigent la collaboration des infirmières cliniciennes spécialisées et des psychiatres pour ce qui est de la prescription des traitements, peu de travaux de recherche ont été réalisés aux États-Unis sur la nature de cette collaboration. Kaas et ses collaborateurs (2000) ont étudié le point de vue des infirmières cliniciennes spécialisées et des psychiatres à propos de cette méthode. Trente et une paires appariées formées d'une infirmière clinicienne spécialisée et d'un psychiatre ont participé à cette petite étude menée par les auteurs, au Minnesota, en 1998. Les résultats de cette étude ont révélé que les infirmières cliniciennes spécialisées et les psychiatres

sont très satisfaits de cette collaboration. Les caractéristiques de cette méthode de travail qu'ils ont jugé importantes sont les bonnes communications, des objectifs communs pour ce qui est de l'issue du traitement, la confiance, des valeurs professionnelles communes et le respect de la compétence clinique. Les psychiatres ont précisé que le partage de la charge de travail est un avantage majeur de cette méthode, tandis que les infirmières cliniciennes spécialisées y voient une occasion de s'épanouir davantage et de tirer une plus grande satisfaction de leur travail. Ils étaient tous d'accord pour dire que cette méthode avait des répercussions positives sur l'issue du traitement pour les patients.

**KANAPAUX, W. « The road to integrated care: commitment is the key. Tennessee CMHC demonstrates promise of co-located behavioral and primary care (sur le chemin de l'intégration des soins : le CMHC du Tennessee concrétise les promesses de la réunion des soins primaires et comportementaux) », *Behav Health Tomorrow*, vol. 13, n°2, avril 2004, p.10-12 et 15-16. <PubMed>**

Dans son article, Kanapaux (2004) cite en exemple le *Cherokee Health Systems*, un centre communautaire de santé mentale unique situé au Tennessee, pour démontrer que les soins primaires et les soins en santé mentale peuvent être intégrés efficacement dans le secteur public. La ville de Cherokee fournit un système de santé communautaire complet qui a débordé bien au-delà de son mandat initial qui était celui d'un centre communautaire en santé mentale. Il compte 18 points de service qui offrent tous, à trois exceptions près, des soins primaires pour les problèmes de comportement. Les aspects culturels ainsi que les questions de remboursement propres au contexte étatsunien sont brièvement abordés. Les autres centres de santé communautaire peuvent s'inspirer de l'expérience de Cherokee sur l'intégration des soins en santé mentale.

**KATES, N.** « **Shared mental health care. The way ahead [éditorial] (les soins partagés en santé mentale : la voie à suivre.)** », *Can Fam Physician*, vol. 48, mai 2002, p. 853-855 et 859-861 [article publié en anglais et en français]. <PubMed> <FullText> OU (ANG) <FullText> (FR)

Dans ce bref éditorial sur les soins primaires en santé mentale, Kates (2002) examine de nouveaux modèles de collaboration. Faisant ressortir les relations entre les médecins de famille et les psychiatres, il résume les éléments essentiels au travail en collaboration. Ces éléments comprennent la consolidation des rapports personnels entre les médecins de famille, les psychiatres et les autres professionnels œuvrant en santé mentale, l'amélioration des communications et de l'accès aux services de santé mentale, la priorité que constitue le dépistage précoce, le soutien téléphonique offert par les psychiatres pour les usagers, la formation continue à l'aide de méthodes innovatrices, y compris des modèles fondés sur la pratique, l'Internet et des outils didactiques simples tels que des fiches d'information sur les médicaments, la formation de futurs praticiens, une meilleure intégration des processus de planification des soins primaires et des soins de santé mentale, l'intégration plus répandue des services en santé mentale dans le secteur des soins primaires et l'élargissement du rôle joué par les médecins de famille au sein des services de santé mentale.

**KATES, N., M. CRAVEN, M. ATKINSON, et N. EL-GUEBALY.** « **How psychiatrists view their relationships with family physicians (comment les psychiatres voient leurs relations avec les médecins de famille)** », *CPA Bulletin de l'APC*, mars 2001, p. 13-15. <FullText>

Dans leur article, Kates et ses collaborateurs (2001) expliquent comment les psychiatres voient leurs relations avec les médecins de famille. Des questions portant sur les relations entre les médecins de famille et les psychiatres

ont été intégrées dans un sondage plus vaste qui a été envoyé en 2000 à tous les membres du Réseau de l'Association des psychiatres du Canada. Les psychiatres ont accordé une note élevée à la collaboration, quoique le temps consacré à ce mode de travail varie considérablement. Le téléphone est le moyen de communication privilégié pour garder contact avec les médecins de famille. Les résultats du sondage ont également confirmé que l'insuffisance de fonds et les contraintes temporelles font obstacle à une plus grande collaboration. Les diplômés de fraîche date, qui ont été exposés à la méthode de travail axée sur la collaboration pendant leur formation, ont démontré plus d'empressement à travailler de cette façon. Les auteurs ont recommandé les mesures ci dessous.

- ∞ Il faut organiser des séances multidisciplinaires ou de formation réunissant des psychiatres et des médecins de famille.
- ∞ Les psychiatres et les médecins de famille doivent se téléphoner périodiquement après qu'ils ont vu un patient, qu'ils ont modifié son traitement ou avant que le patient reçoive son congé.
- ∞ Les communications écrites concises adressées aux médecins de famille doivent mettre l'accent sur le traitement et préciser le rôle subséquent du psychiatre.
- ∞ La formation en soins partagés doit se poursuivre en tant que partie intégrante de la formation médicale.
- ∞ La planification et le financement des services doivent être effectués en tenant compte de la mise œuvre des modèles axés sur la collaboration.

**KATES, N., A. M. CRUSTOLO, S. FARRAR et L. NIKOLAOU.** « **Counsellors in primary care: benefits and lessons learned (les thérapeutes et les soins primaires : avantages et leçons tirées)** », *Can J Psychiatry*, vol. 47, n° 9, novembre 2002a, p. 857-862. <PubMed>

Dans cet article, Kates et ses collaborateurs (2002a) décrivent la participation des

thérapeutes à un modèle de soins axé sur la collaboration au Canada et leurs activités au sein de ce modèle, et fournissent des données tirées de l'évaluation du programme. En vertu de ce programme, des psychiatres et divers thérapeutes travaillent avec 87 médecins de famille pratiquant dans 36 cabinets, à Hamilton, un centre urbain de 460 000 habitants. Les thérapeutes rencontrent les patients dépressifs, anxieux ou aux prises avec des problèmes familiaux (ils acceptent de voir tous les patients qui leur sont adressés). Ils voient en moyenne 161 nouveaux cas par année. Ils obtiennent une nette amélioration dans la plupart des cas (plus de 70 pour cent). Ces thérapeutes peuvent être des infirmières autorisées (25 pour cent), des travailleurs sociaux ayant fait une maîtrise (50 pour cent), des travailleurs sociaux ayant fait un baccalauréat (15 pour cent), des docteurs en psychologie (2 pour cent) et autres professionnels (8 pour cent). Dans l'ensemble, la présence de thérapeutes dans les milieux de soins primaires a donné davantage accès aux soins en santé mentale et les personnes qui y font appel s'en disent très satisfaites. L'esprit de collaboration qui anime ce programme expliquerait en partie ses résultats positifs. Tous les partenaires, y compris les médecins de famille, ont participé à la conception du programme et aux modifications qui y ont été apportées par la suite. Une équipe à temps complet chargée de la coordination soutient les médecins de famille et les professionnels, et règle toutes les questions et tous les problèmes liés à la coordination. Les auteurs ont retenu de leur analyse trois importantes leçons.

1. Avec cette méthode, les occasions de déceler des problèmes de santé mentale sont plus nombreuses, ce qui permet d'amorcer le traitement plus tôt dans l'évolution de la maladie.
2. La prestation de soins en santé mentale dans un contexte de soins primaires vient compléter les services offerts par les spécialistes en santé mentale comme ceux que l'on trouve dans les cliniques externes, mais ne les remplace pas.

3. Les thérapeutes traitent une clientèle différente de celle qui est traditionnellement dévolue aux spécialistes parce qu'ils ne sont soumis à aucun critère précis quant à la prise en charge et au traitement de leurs patients.

**KATES, N., A. M. CRUSTOLO, S. FARRAR, L. NIKOLAOU, S. ACKERMAN et S. BROWN.**  
**« Mental health care and nutrition. Integrating specialist services into primary care (les soins en santé mentale et la nutrition. Intégration de services spécialisés dans le secteur des soins primaires) », *Can Fam Physician*, vol. 48, décembre 2002b, p. 1898-1903. <PubMed> <FullText>**

Dans cet article, Kates et ses collaborateurs (2002b) soulignent le travail des diététistes au sein de leur modèle de soins axé sur la collaboration, à Hamilton, en Ontario. On peut trouver une description intégrale de ce programme dans un autre article (voir Kates, et coll., 2002a). Le volet nutrition de ce programme repose sur la présence d'un diététiste dans chaque cabinet de médecine familiale, pendant une période pouvant aller de 3 heures à 3 jours par semaine, selon la taille de la clientèle. Comme les diététistes sont appelés à se rendre dans six à huit cabinets au cours d'une même semaine, ils sont généralement assignés à des cabinets situés dans une zone géographique restreinte afin de réduire au minimum le temps de déplacement. Les diététistes évaluent les patients qui leur sont adressés par les médecins de famille et entreprennent un traitement ou un programme d'information, selon les besoins de chacun. Ils répondent également aux demandes de consultation des médecins et des autres membres de l'équipe soignante, leur fournissent de la formation, des renseignements ou toute autre forme de ressources, selon les besoins. Ce modèle d'intégration réussie des spécialistes dans les cabinets de soins primaires est des plus instructifs.

**KATON, W. J. « The Institute of Medicine “Chasm” report: implications for depression collaborative care models (le rapport “Abîme” de l’Institut de médecine : ses implications pour les modèles de soins de la dépression axés sur la collaboration) », *Gen Hosp Psychiatry*, vol. 25, n° 4, juillet et août 2003, p. 222-229. <PubMed>**

Dans son article, Katon (2003) fait un résumé très utile des travaux de recherche effectués sur la dépression, en commençant par le rapport publié récemment par le *U.S. Institute of Medicine* sur l’amélioration de l’ensemble du système de soins de santé. Ce système y est dépeint comme une série de paliers sur lesquels Katon situe les obstacles à la prise en charge de la dépression. Il traite également des résultats des études sur les soins axés sur la collaboration ayant porté sur ces barrières et aborde la prévalence des troubles mentaux en contexte de soins primaires, les coûts médicaux directs et indirects pour les personnes atteintes d’une maladie mentale, les répercussions des maladies mentales chez les patients aux prises avec une maladie physique chronique et les lacunes au chapitre de la qualité des soins offerts aux patients souffrant de troubles dépressifs. Katon décrit les grandes lignes des modèles éprouvés par la recherche pour le traitement de la dépression et les relie au palier du système de soins de santé auquel ils se rapportent. Il propose également certaines voies qui pourraient être explorées dans d’éventuels travaux de recherche.

**KATON, W. J. et E. J. LUDMAN. « Improving services for women with depression in primary care settings (amélioration des services fournis aux femmes dépressives dans le secteur des soins primaires) », *Psychology of Women Quarterly*, vol. 27, n° 2, juin 2003, p. 114-120.**

Dans cet article, Katon et Ludman (2003) traitent des soins prodigués aux femmes atteintes de dépression dans le secteur des soins primaires. Ils étudient systématiquement tous les enjeux liés aux soins de santé chez les personnes

aux prises avec des troubles dépressifs, aux obstacles au traitement dans le secteur des soins primaires, aux divers modèles d’intervention et aux similarités entre les essais réussis, l’emploi efficient des services psychiatriques et la prévention des rechutes, en mettant chaque fois l’accent sur les besoins propres aux femmes.

**KERWICK, S. et A. TYLEE. « Continuing medical education in primary care psychiatry. Comparing the needs and wants of general practitioners (formation médicale continue en soins primaires psychiatriques. Comparaison des besoins et des aspirations des omnipraticiens) », *International Review of Psychiatry*, vol. 10, n° 2, mai 1998, p. 106-109.**

Dans cet article, Kerwick et Tylee (1998) abordent la question des besoins en formation médicale continue (FMC) des psychiatres du secteur des soins primaires au Royaume Uni. Ils notent que la perception de la FMC a changé récemment : les attentes sont devenues plus modérées, correspondent davantage aux besoins des médecins et témoignent du fait qu’ils acceptent mieux le fait que les lieux de pratique sont de bons endroits pour apprendre; la formation en milieu multidisciplinaire est sous-exploitée; et que la formation doit être assortie d’objectifs et de buts clairement définis. Les auteurs cernent un certain nombre de besoins précis en matière d’instruction et de formation pour les psychiatres du secteur des soins primaires, à la lumière des faits suivants :

- ✎ l’enseignement médical universitaire en psychiatrie met presque exclusivement l’accent sur les maladies mentales graves;
- ✎ la rotation des omnipraticiens en psychiatrie ne se déroule que dans les hôpitaux et moins de 50 pour cent des médecins optent pour des gardes en psychiatrie;
- ✎ selon des sondages réalisés récemment, les omnipraticiens reconnaissent que leur formation professionnelle les a mal préparés à prendre en charge les problèmes de santé mentale vécus par leurs patients;

K

✎ la plupart des omnipraticiens n'ont suivi aucun programme didactique ou programme de formation approuvé qui leur aurait permis de jouer pleinement leur rôle dans la prestation de soins primaires en santé mentale.

Bien que certains progrès aient été accomplis dans tout le pays, les auteurs soulignent qu'aucun programme didactique coordonné ou programme de formation n'a encore été créé pour aider les omnipraticiens à assumer leurs fonctions en matière de santé mentale.

**KIRCHNER, J. E., M. CODY, C. R. THRUSH, G. SULLIVAN et C. G. RAPP. « Identifying factors critical to implementation of integrated mental health services in rural VA community-based outpatient clinics (répertoire les facteurs essentiels à l'intégration de services de santé mentale dans les cliniques externes communautaires pour anciens combattants situées en milieu rural) », *J Behav Health Serv Res*, vol. 31, n° 1, de janvier à mars 2004, p. 13-25. <PubMed>**

En étudiant l'intégration des soins en santé mentale et en toxicomanie aux soins primaires dans deux régions rurales, Kirchner et ses collaborateurs (2004) ont noté qu'un certain nombre de facteurs sont interreliés et interviennent dans la réussite des innovations apportées aux services offerts par les modèles de soins axés sur la collaboration. Ils ont remarqué que la volonté de changement à l'interne doit être soutenue pendant tout le processus de mise en œuvre d'un nouveau modèle de soins. L'attitude et la conviction du personnel à l'égard des soins prodigués et des nouveaux prestataires de soins jouent un rôle prépondérant. Les facteurs organisationnels dignes de mention comprennent une définition claire des rôles de chacun et des liens hiérarchiques. La sensibilisation aux besoins de la collectivité et la satisfaction de ces besoins étaient aussi importantes.

**KISELY, S., J. HORTON-HAUSKNECHT, K. MILLER, C. MASCALL, A. TAIT, P. WONG et R. BOSTWICK. « Increased collaboration between primary care and psychiatric services. A survey of general practitioners' views and referrals (pour une meilleure collaboration entre les soins primaires et les services psychiatriques ; sondage sur l'opinion des omnipraticiens et sur leurs pratiques en matière d'acheminement des patients) », *Aust Fam Physician*, vol. 31, n° 6, juin 2002, p. 587-589. <PubMed> <FullText>**

Dans cet article, Kisely et ses collaborateurs (2002) évaluent le partenariat entre un service local de santé mentale et la Division de médecine générale dans la ville de Perth, en Australie. Ce partenariat reposait sur un protocole d'entente visant à simplifier l'orientation des patients, un service de consultation et de liaison avec un psychiatre, et un groupe de Balint. Selon les auteurs, le service de consultation et de liaison était dans l'ensemble bien connu et le recours aux formulaires d'orientation et au médecin de service comme premier point de contact pour le service de consultation et de liaison était fréquent. D'après les omnipraticiens, ce partenariat leur aurait permis d'accroître leurs compétences pour ce qui est de la prise en charge des problèmes de santé mentale et de l'orientation des patients.



**KORDA, H.** « Stakeholders speak — integrating behavioral health and primary care for treatment of depression: a scan of stakeholder experts (les intervenants s'expriment — l'intégration des soins pour les problèmes de comportement et des soins primaires pour le traitement de la dépression : l'examen par les intervenants experts dans le domaine) », article soumis à l'*Office of Managed Care, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, du Department of Health and Human Services des États-Unis, Rockville, MD: National Council for Community Behavioral Healthcare, juin 2002. Diffusé sur le site : <http://www.nccbh.org/html/learn/PCI/pci-stakeholder.htm>*

Korda (2002) a effectué auprès d'intervenants spécialisés un sondage portant sur les difficultés d'intégration des soins pour les problèmes de comportement et les soins primaires pour le traitement de la dépression aux États-Unis. Pour ce qui est du traitement de la dépression, les meilleures pratiques ont déjà été répertoriées. L'intérêt de nombreux groupes d'intervenants pour la mise en œuvre généralisée de programmes contre la dépression ne cesse de croître. Korda a demandé à des acheteurs, à des organismes de gestion intégrée des soins de santé, à des prestataires de soins, à des usagers et à des consultants de tout le pays quels pourraient être les leviers, financiers ou autres, permettant d'améliorer l'intégration ou la coordination des soins en santé mentale de même que leur qualité dans le secteur des soins primaires. L'analyse porte sur un large éventail de thèmes et de résultats clés, allant de la définition de la notion d'intégration à la participation des usagers.

**KRAMER, T. et M. E. GARRALDA.** « Child and adolescent mental health problems in primary care (les problèmes de santé mentale chez l'enfant et l'adolescent en contexte de soins primaires) », *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 6, n° 4, juillet 2000, p. 287-294. <FullText>

Dans leur article, Kramer et Garralda (2000) font un tour d'horizon des problèmes de santé mentale chez les enfants et les adolescents vus en consultation dans le secteur des soins primaires. Ils passent en revue divers sujets tels que la prévalence, les cas typiques et le dépistage des problèmes de santé mentale, ainsi que la consultation et la perception des besoins, l'orientation des patients vers des services spécialisés en santé mentale et enfin, les interventions. Ils y décrivent deux programmes axés sur la collaboration : la clinique externe déplacée dans la collectivité (des psychiatres exploitent des cliniques dans un établissement de soins primaires) et le modèle de consultation et de liaison.

**KUSHNER, K., R. DIAMOND, J. W. BEASLEY, M. MUNDT, M. B. PLANE et K. ROBBINS.** « Primary care physicians' experience with mental health consultation (l'expérience des médecins de premier recours pour ce qui est des consultations en santé mentale) », *Psychiatr Serv*, vol. 52, n° 6, juin 2001, p. 838-840. <PubMed> <FullText>

Dans le cadre d'une étude ayant porté sur l'expérience vécue par 684 médecins du secteur des soins primaires du Wisconsin recevant des patients en consultation pour des problèmes de santé mentale, Kushner et ses collaborateurs (2001) ont noté que la majorité d'entre eux n'avaient que moyennement accès à des professionnels de la santé mentale, et encore moins si leurs patients n'étaient couverts que par le régime public d'assurance ou n'avaient pas d'assurances du tout. Les médecins qui pratiquaient la médecine de groupe et comptaient parmi eux au moins un professionnel en santé mentale ont affirmé

K

obtenir un meilleur accès aux soins, mais pas un accès optimal. La taille de la collectivité n'avait aucun retentissement sur l'accès, ce qui pourrait témoigner de l'efficacité du système de santé mentale au Wisconsin. Les médecins préféraient adresser leurs patients à des spécialistes plutôt que de consulter eux-mêmes ces professionnels, mais les auteurs n'en précisent pas la raison. Ils émettent toutefois l'hypothèse que les médecins préfèrent procéder de cette façon par manque de temps ou parce qu'ils ne se sentent pas qualifiés ou assez sûr d'eux pour traiter des patients atteints de troubles mentaux. Les lacunes au chapitre du remboursement pourraient également y être pour quelque chose.

**LACEY, I. « The role of the child primary mental health worker (le rôle du travailleur en santé mentale pour enfants dans le contexte des soins primaires) », *J Adv Nurs*, vol. 30, n° 1, juillet 1999, p. 220-228. <PubMed>**

Dans son article, Lacey (1999) aborde le rôle du travailleur en santé mentale pour enfants dans un contexte de soins primaires, un autre poste innovateur créé dans la foulée de la politique de santé mentale anglaise. Ce sondage a porté sur des groupes de santé mentale afin de déterminer le nombre de travailleurs en santé mentale pour enfants qui avaient été embauchés et la composition des effectifs de ces groupes. Parmi les responsables des 169 groupes sondés, 98 ont indiqué qu'ils avaient doté 22 services de santé mentale pour enfants d'un tel poste, tandis que 42 autres projetaient de le faire. Ces travailleurs consacrent en moyenne 35 pour cent de leur temps à répondre aux demandes de consultation des professionnels de la santé et à former ces derniers plutôt qu'à offrir directement leurs services aux enfants et à leur famille. Bon nombre de ces postes ont été comblés par des infirmières exerçant à un niveau avancé.

**LANKSHEAR, A. J. « Coping with conflict and confusing agendas in multidisciplinary community mental health teams (composer avec les conflits et la confusion des mandats au sein des équipes communautaires multidisciplinaires œuvrant en santé mentale) », *J Psychiatr Ment Health Nurs*, vol. 10, n° 4, août 2003, p. 457-464. <PubMed>**

Dans cet article, Lankshear (2003) énumère un certain nombre de stratégies que six équipes de santé mentale du nord de l'Angleterre ont utilisées pour composer avec les problèmes causés par la disparité entre le mandat qu'elles avaient convenu de se donner et les procédures réellement suivies pour orienter les patients atteints de maladies mentales graves. Afin d'éviter que le financement ne leur soit retiré, les six équipes ont trouvé divers moyens d'intensifier l'orientation des patients. L'étude de cas de Lankshear donne une vision multiprofessionnelle et non pas monoprofessionnelle du travail interdisciplinaire de ces équipes. Six stratégies en sont ressorties :

1. l'isolation : vu le nombre croissant de cas aigus qui leur étaient adressés, quelques équipes ont modifié leur structure de telle sorte que certains membres de l'équipe seulement, généralement les infirmières des services psychiatriques communautaires, prennent en charge les cas extrêmes. Cette façon de procéder a permis d'isoler efficacement ces professionnels du reste de l'équipe.
2. l'homogénéisation : tous les membres des équipes ont accepté de s'occuper d'un plus grand nombre de cas, jugeant qu'il était de leur responsabilité d'agir ainsi afin de répondre aux besoins de leur unité de soins intégrés.
3. la fraternisation : les membres des équipes ont réglé entre eux les tensions causées par la charge de travail, même si les ententes et les protocoles officiels ne le permettaient pas. Les membres jugeaient qu'il était important d'offrir leur aide en tant que collaborateurs et amis estimés.

4. la négociation : certaines équipes ont composé avec la surcharge de travail en faisant en sorte que tous les membres soient assignés à tour de rôle aux différentes tâches et aux différents cas.
5. la manipulation : certaines équipes ont joué au plus fin et se sont adonnées au dépistage sélectif. Cette façon de faire était évidente, surtout lorsque des cas étaient adressés à des travailleurs en santé mentale au terme de l'évaluation initiale.
6. la démarcation : les travailleurs sociaux de l'équipe ont tracé des limites très strictes afin de préserver leur identité professionnelle et de véritablement rester des travailleurs sociaux. Cette réaction n'était pas imputable à la situation qu'ils vivaient en rapport avec l'aiguillage des patients, mais au fait que l'équipe dont ils faisaient partie était tenue de travailler en milieu hospitalier. Par exemple, les travailleurs sociaux ont refusé que le bureau de l'équipe soit situé à proximité de la salle d'électroconvulsothérapie.

**LARIVAARA, P. et A. TAANILA. « Towards interprofessional family-oriented teamwork in primary services: the evaluation of an education programme (vers un travail d'équipe interprofessionnel axé sur la famille dans le secteur des soins primaires : évaluation d'un programme de formation) », *J Interprof Care*, vol. 18, n° 2, mai 2004, p. 153-163. <PubMed>**

Dans leur article, Larivaara et Taanila (2004) parlent d'un programme de formation de deux ans destiné aux professionnels travaillant au sein de services primaires (santé, travail social, milieu scolaire, garderies), en Finlande. Ce programme vise à fournir à ces professionnels les compétences dont ils ont besoin pour travailler avec les familles au sein d'une équipe interprofessionnelle et pour mettre au point de nouveaux modèles de services pour les familles. Le travail familial interprofessionnel est celui qui est accompli par les professionnels de différents organismes et travaillant avec les

familles à prévenir les problèmes, à traiter les maladies et à soigner les patients au sein d'un système de services primaires. Ce programme de formation met l'accent sur la coopération avec d'autres professionnels, les familles et la collectivité, et sur les ressources nécessaires pour accomplir ce travail. Il favorise les démarches créatives et innovantes visant à aider les gens, préconise la coopération entre professionnels aussi bien dans le secteur public que privé et permet d'améliorer les compétences professionnelles. Ce programme de formation repose sur des cours magistraux, l'autodidactie et autres méthodes d'apprentissage. Au total, 76 personnes provenant de 13 professions y ont participé. Les méthodes de travail et le niveau de satisfaction au travail se sont améliorés pendant le déroulement du programme de formation. Les auteurs ont remarqué que les participants prisent de plus en plus le travail coopératif et que les méthodes de travail axées sur les usagers et les familles ont également aidé ces dernières à utiliser leurs propres ressources pour résoudre leurs problèmes. Le côté pratique du programme a favorisé de réels changements, non seulement en ce qui concerne les habiletés pratiques des personnes formées, mais aussi dans le cadre théorique sur lequel le programme était fondé.

**LEAN, M. E. et F. G. Pajonk. « Patients on atypical antipsychotic drugs: another high-risk group for type 2 diabetes (les patients traités à l'aide d'antipsychotiques atypiques : un autre groupe de patients très exposés au diabète de type II) », *Diabetes Care*, vol. 26, n° 5, mai 2003, p. 1597-1605. <PubMed> <FullText>**

Dans cet article, Lean et Pajonk (2003) examinent la relation qui existe entre l'utilisation d'antipsychotiques et le risque de diabète de type II chez les schizophrènes parce que les personnes de moins de 40 ans qui prennent ce type de médicaments ne sont pas reconnues comme étant très exposées au diabète. Les auteurs étudient certaines hypothèses expliquant les processus pathologiques et font ressortir les contraintes vécues par les

personnes psychotiques qui doivent modifier leur alimentation et leur mode de vie pour régulariser leur poids et leur diabète. Lean et Pajonk préconisent notamment que le psychiatre et les membres de l'équipe de diabétologie unissent leurs efforts pour la prise en charge de ces affections concomitantes. Une telle prise en charge axée sur la collaboration active peut permettre de diminuer ou de réduire au minimum le risque de maladie cardiovasculaire autrement élevé chez les schizophrènes.

**LEE, J., L. GASK, M. ROLAND et S. DONNAN.** « **Primary care led commissioning of mental health services: lessons from total purchasing (mise en œuvre de services en santé mentale par le secteur des soins primaires : leçons tirées du mode de l'approvisionnement total)** », *Journal of Mental Health*, vol. 11, n° 4, août 2002, p. 431-439.

Lee et ses collaborateurs (2002) ont mené, au nom du Service national de la santé de l'Angleterre, une étude sur des établissements gérés selon le mode de l'approvisionnement total (*Total purchasing*) et du système des enveloppes budgétaires étendues (*Extended fundholding*). Ils cherchaient à répertorier les leçons qui pouvaient être tirées de cette expérience des années 1990 qui a été à l'origine du financement de services de soins spécialisés à l'intention des omnipraticiens, y compris des services en santé mentale. Lee et ses collaborateurs ont constaté une amélioration des communications et des relations de travail entre les prestataires de soins en santé mentale des milieux de soins primaires et spécialisés. Le nombre de prestataires de soins en santé mentale travaillant en milieu de soins primaires avait en effet augmenté. L'amélioration de la collaboration avec les services sociaux n'était toutefois pas aussi nette, et la participation des usagers était insuffisante. Les auteurs abordent ces données en les inscrivant dans la plus récente réorganisation des soins de santé locaux, c'est-à-dire dans le contexte des divers groupes de soins primaires.

**LESTER, H., T. ALLAN, S. WILSON, S. JOWETT et L. ROBERTS.** « **A cluster randomised controlled trial of patient-held medical records for people with schizophrenia receiving shared care (essai contrôlé réalisé avec répartition aléatoire des sujets par grappes et ayant porté sur les dossiers tenus par des patients schizophrènes recevant des soins partagés)** », *Br J Gen Pract*, vol. 53, n° 488, mars 2003, p. 197-203. <PubMed>

Lester et ses collaborateurs (2003) ont réalisé un essai comparatif avec répartition aléatoire des patients afin de déterminer si les dossiers médicaux tenus par les patients schizophrènes recevant des soins partagés sont aussi valables que ceux qui sont tenus par les autres patients recevant des soins prolongés. Ces dossiers, qui sont conservés par les patients, renferment des renseignements complets ou partiels sur l'évolution et le traitement de leur maladie. Ils sont souvent utilisés dans le cadre de la prise en charge de certaines maladies physiques chroniques. Au total, 201 patients traités dans 74 cabinets de médecine générale et dans six services de soins communautaires ont participé à cet essai. La plupart des patients ont conservé et utilisé leur dossier pendant une période de 12 mois. Les patients ont trouvé que leur dossier constituait un bon outil de communication, mais l'emploi de ces dossiers n'a eu aucune incidence sur les principaux critères d'évaluation. Les auteurs ne recommandent pas le recours à ce mode de tenue des dossiers pour la prestation des soins partagés courants.

**LESTER, H., J. GLASBY et A. TYLEE.** « **Integrated primary mental health care: threat or opportunity in the new NHS? (les soins primaires en santé mentale intégrés : menace ou occasion à saisir pour le nouveau Service national de la santé?)** », *Br J Gen Pract*, vol. 54, n°501, avril 2004, p. 285-291. <PubMed>

Dans ce document de travail, Lester et ses collaborateurs (2004), qui abordent la question de l'opportunité de l'intégration des soins en

santé mentale dans le secteur des soins primaires au sein du nouveau Service national de la santé de l'Angleterre, affirment que la formation interprofessionnelle est la pierre angulaire d'un tel programme. Ayant noté des signes révélateurs des difficultés à surmonter pour changer les pratiques et de leurs répercussions sur les résultats, ils en appellent à une formule de formation innovatrice et plus souple. Les méthodes de formation axées sur l'apprenant qu'ils recommandent souvent exigent des omnipraticiens qu'ils se forment les uns les autres. Les auteurs laissent entendre que la formation interprofessionnelle est également nécessaire pour que les praticiens se renseignent les uns les autres au sujet de leurs différents contextes de travail, de leurs paradigmes et de leurs méthodes de travail afin de favoriser une philosophie axée sur la collaboration et le respect. Lester et ses collaborateurs recommandent que la participation à ces processus se déroule de façon que les apprentissages soient à l'image des besoins et des souhaits exprimés par les personnes qui ont besoin de services plutôt qu'à celle de l'idée que les professionnels se sont faite des souhaits et des besoins des usagers.

**LESTER, H., J. Q. TRITTER et E. ENGLAND.**  
**« Satisfaction with primary care: the perspectives of people with schizophrenia (satisfaction des patients schizophrènes à l'égard des soins primaires) », *Fam Pract*, vol. 20, n° 5, octobre 2003, p. 508-513.**  
 <PubMed>

Dans cette étude portant sur la satisfaction des patients schizophrènes à l'égard des soins primaires, Lester et ses collaborateurs (2003) ont interrogé 45 personnes recevant des soins partagés prodigués par le *North Birmingham Mental Health Trust* afin de recueillir des données sur le point de vue des usagers. Cinq thèmes reflétant des aspects importants des soins primaires sont ressortis de ces données : les possibilités exceptionnelles des consultations en elles-mêmes, l'importance de certaines caractéristiques de l'organisation

des soins primaires, l'apport de l'usager dans la relation patient-médecin, l'influence des stéréotypes sur le comportement des omnipraticiens et l'importance de l'espoir de guérison. Ces observations ont montré que la satisfaction est de nature multidimensionnelle. L'entregent des prestataires de soins de santé et la possibilité d'obtenir un espoir de guérison de la schizophrénie ont été des aspects particulièrement importants pour les participants dans leur évaluation de leur satisfaction à l'égard de leurs relations avec le corps médical. Les auteurs mentionnent que le recours des usagers de services de santé mentale au sein du secteur des soins primaires dépend de facteurs qui ne peuvent être commandés comme la compréhension et le respect montrés par le prestataire de soins envers eux, et son intérêt pour leur opinion. Lester et ses collaborateurs recommandent qu'à l'avenir, la formation des médecins souligne l'importance de traiter les schizophrènes comme des partenaires rationnels. Autrement dit, il faut reformuler la définition de la schizophrénie à l'intention des médecins de manière à ce qu'elle devienne « une maladie comportant des tournants décisifs, où une certaine forme de guérison est possible ».

**LICHTENBERG, P. A. et S. E. MACNEILL.**  
**« Streamlining assessments and treatments for geriatric mental health in medical rehabilitation (rationalisation des évaluations et des traitements de santé mentale destinés aux personnes âgées en réadaptation médicale) », *Rehabilitation Psychology*, vol. 48, n° 1, février 2003, p. 56-60.**

Dans cet article, Lichtenberg et MacNeill (2003) décrivent les nouveaux outils qu'ils ont créés afin d'augmenter l'efficacité des psychologues œuvrant à la réadaptation des patients âgés et à préserver leur efficacité. Ils décrivent, par exemple, leur programme de formation interdisciplinaire de 12 semaines destiné aux membres de l'équipe de gériatrie et dressent la liste des différents modules de ce programme.

**LIN, E. H., W. KATON, M. VON KORFF, L. TANG, J. W. WILLIAMS, fils, K. KROENKE, E. HUNKELER, L. HARPOLE, M. HEGEL, P. AREAN, M. HOFFING, R. DELLA PENNA, C. LANGSTON et J. UNÜTZER, les investigateurs de l'essai IMPACT. « Effect of improving depression care on pain and functional outcomes among older adults with arthritis: a randomized controlled trial (effet de l'amélioration des soins antidépresseurs sur la douleur et les résultats fonctionnels chez les personnes âgées arthritiques : essai contrôlé réalisé avec répartition aléatoire des sujets) », *JAMA*, vol. 290, n°18, le 12 novembre 2003, p. 2428-2429. <PubMed>**

Dans cet article, Lin et ses collaborateurs (2003) rendent compte des résultats de leur étude sur les soins axés sur la collaboration chez 1 001 adultes atteints à la fois de dépression et d'arthrite. Contrairement aux soins normalement prodigués, les interventions des équipes multidisciplinaires, qui comprenaient la prise en charge de la dépression par un psychiatre ou par un expert du secteur des soins primaires qui informaient les sujets de manière à les amener à choisir le mode de traitement qu'ils préféraient (antidépresseurs ou psychothérapie de courte durée), permettaient d'atténuer la douleur arthritique et les résultats fonctionnels sur une période de 12 mois.

**LIPKIN, M., fils. « Psychiatry and primary care: two cultures divided by a common cause (la psychiatrie et les soins primaires : deux philosophies qu'une cause commune sépare) », *New Dir Ment Health Serv*, n° 81, printemps de 1999, p. 7-15. <PubMed>**

Dans son article, Lipkin (1999) passe en revue les barrières et les tensions qui ont toujours existé entre les professionnels du secteur des soins primaires et les psychiatres tout en montrant comment les liens entre ces deux types de professionnels peuvent être rétablis grâce à des partenariats efficaces. Parmi ces problèmes, on compte les différences dans les

méthodes de prise en charge de la maladie mentale, les caractéristiques de la pratique de leur art et les problèmes d'accessibilité. Selon Lipkin, l'établissement de relations fructueuses repose sur les préceptes suivants : l'intérêt envers les collaborateurs, la politesse et la cordialité, la mise en pratique de l'écoute active et attentive, la consolidation des relations interpersonnelles, la compréhension du milieu de travail des collaborateurs par la formation et les stages, l'aplanissement des différences, la compréhension des raisons qui motivent les consultations, l'entente sur les rôles et les responsabilités de chacun, ainsi que sur les modes et la fréquence des contacts, l'absence du recours au jargon, la consultation des collaborateurs à propos de décisions importantes, des stratégies de communication pour les patients, les familles et le personnel, des communications écrites, des marques de gratitude pour l'orientation de patients ou des demandes de consultation et les retours d'ascenseur pour l'orientation de patients ou des demandes de consultation.

**LORENZ, A. D., L. B. MAUKSCH et B. A. GAWINSKI. « Models of collaboration (Modèles de collaboration) », *Prim Care*, vol. 26, n° 2, juin 1999, p. 401-410. <PubMed>**

Dans leur article, Lorenz et ses collaborateurs (1999) abordent un certain nombre de questions importantes à propos des modèles axés sur la collaboration, notamment les paradigmes qui sont le fondement de la séparation de l'esprit et du corps en médecine. Leur liste des ingrédients essentiels pour une collaboration fructueuse, tels que les relations, les objectifs communs, la reconnaissance des différents paradigmes, la communication, l'emplacement des services et les ententes commerciales, est particulièrement utile. Ils font également des suggestions pour que ce type de collaboration connaisse un bon départ.

**LOVELL, K., D. A. RICHARDS et P. BOWER.**  
**« Improving access to primary mental health care: uncontrolled evaluation of a pilot self-help clinic (amélioration de l'accès aux soins primaires en santé mentale : évaluation non contrôlée d'une clinique expérimentale d'autothérapie) », *Br J Gen Pract*, vol. 53, n° 487, février 2003, p. 133-135. <PubMed>**

Dans cet article, Lovell et ses collaborateurs (2003) étudient la faisabilité, l'acceptabilité, l'efficacité et l'efficacités d'une clinique d'autothérapie à accès rapide du secteur des soins primaires. Dans le cadre de ce projet pilote, les patients étaient adressés à la clinique par un professionnel du secteur des soins primaires ou s'y rendaient par eux-mêmes; ils étaient acceptés si un omnipraticien avait diagnostiqué une dépression ou une anxiété légères et s'ils étaient âgés de 16 ans ou plus. La clinique offrait ses services une journée par semaine, permettait d'obtenir une évaluation de 30 minutes par une infirmière-thérapeute, suivie de séances de contrôle mensuelles de 15 minutes visant à mesurer les progrès. Les patients participaient à des programmes d'autothérapie convenant à leur cas et supervisés par la thérapeute. L'étude a révélé que les cliniques d'autothérapie sont réalisables, qu'elles sont acceptables pour les patients et efficaces. L'efficacité de ces cliniques était difficile à évaluer, l'étude ne comportant pas de groupe témoin.

**LUOMA, J. B., C. E. MARTIN et J. L. PEARSON.**  
**« Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence (les contacts avec les prestataires de soins primaires et de soins de santé mentale avant le suicide : revue des données) », *Am J Psychiatry*, vol. 159, n° 6, juin 2002, p. 909-916. <PubMed> <FullText>**

Luoma et ses collaborateurs (2002) passent en revue 40 études sur le suicide dans lesquelles avaient été colligés des renseignements sur les contacts que les suicidés avaient eu avec des prestataires de soins primaires et des professionnels en santé mentale. Leur analyse

leur a permis de constater que les suicidés avaient souvent pris contact avec des prestataires de soins primaires avant de passer à l'acte et que les personnes âgées, en particulier, avaient communiqué avec leur médecin dans le mois qui avait précédé leur décès. Luoma et ses collaborateurs en sont venus à la conclusion que les soins primaires pourraient être un secteur approprié pour la prévention du suicide chez les personnes suicidaires qui font effectivement appel aux professionnels de ce secteur. Ils ont également conclu que d'autres avenues doivent cependant être explorées pour joindre les personnes qui, comme les hommes jeunes notamment, sont moins susceptibles d'avoir recours aux établissements de soins primaires ou de santé mentale.

**LYLES, J. S., A. HODGES, C. COLLINS, C. LEIN, C. W. GIVEN, B. GIVEN, D. D'MELLO, G. G. OSBORN, J. GODDEERIS, J. C. GARDINER et R. C. SMITH.** « Using nurse practitioners to implement an intervention in primary care for high-utilizing patients with medically unexplained symptoms (le recours à des infirmières praticiennes pour la mise en œuvre, dans le secteur des soins primaires, d'interventions destinées aux grands usagers présentant des symptômes inexpliqués sur le plan médical) », *Gen Hosp Psychiatry*, vol. 25, n° 2, mars-avril 2003, p. 63-73. <PubMed>

L'article de Lyles et de ses collaborateurs (2003) porte sur l'élaboration d'un protocole de traitement multidimensionnel à l'intention des patients traités par le secteur des soins primaires et présentant des symptômes inexpliqués sur le plan médical. L'intervention est axée sur la prise en charge pharmacologique, les principes cognitifs et comportementaux, la relation soignant-patient et le traitement des maladies physiques concomitantes. Ce sont des infirmières praticiennes, et non pas des médecins, qui interviennent parce que leur formation biopsychosociale les prépare à prendre efficacement en charge les patients présentant des symptômes inexpliqués sur le plan médical, mais aussi parce qu'elles sont réputées pour

bien s'occuper des problèmes médicaux et psychologiques. L'évaluation de ce programme, qui s'est déroulée au sein d'un organisme de gestion intégrée des soins de santé (OGISS), a réuni 101 sujets traités par des infirmières praticiennes et 102 témoins recevant les soins usuels. Les infirmières praticiennes ont été en mesure de mettre le programme en œuvre, mais elles ont dû recevoir une formation initiale et ont eu besoin de soutien pour s'occuper des patients difficiles et récalcitrants et pour établir des communications solides avec l'OGISS. Tant les infirmières praticiennes que les médecins ont donné une évaluation favorable du programme. Les médecins du secteur des soins primaires ont apprécié l'aide fournie par les infirmières praticiennes dans la prise en charge des cas difficiles et ont été heureux de voir que l'état des patients participant à l'étude s'améliorait. L'évaluation de la direction a également été favorable : l'embauche d'infirmières praticiennes a été vue comme avantageuse pour l'OGISS et pour le projet, et les patients ont flatteusement loué l'OGISS pour avoir soutenu ce projet. Les auteurs suggèrent que ce modèle pourrait être une bonne façon d'étendre les soins axés sur la collaboration à cette population exigeante de patients.

**MCALLISTER, M. et K. WALSH.** « *Different voices: reviewing and revising the politics of working with consumers in mental health (différentes opinions sur l'examen et la révision des politiques relatives au travail avec les usagers des services de santé mentale)* », *Int J Ment Health Nurs*, vol. 13, n° 1, mars 2004, p. 22-32. <PubMed>

Dans leur article, McAllister et Walsh (2004), traitent de façon très judicieuse des politiques relatives au travail avec les usagers des services de santé mentale, y compris dans le secteur des soins primaires. Se servant de la notion connue sous le nom de « politiques de la différence », les auteurs démontrent que ce type de travail a pour objectif de comprendre, d'expliquer et d'analyser comment les différences telles que le sexe ou la race empêchent les groupes dominants de

s'exprimer au nom des minorités. Ces théories de la différence exigent d'aller au-delà de la pensée dichotomique (par ex., nous/eux, blanc/noir, usagers/prestataires) afin d'en venir à reconnaître la diversité et à reformuler les voies de la connaissance. Les auteurs traitent de certaines des tensions éprouvées lorsqu'on applique les théories de la différence au partenariat avec les usagers des soins de santé mentale : éviter la séparation et la fragmentation des groupes de travail, tout en résistant à la tendance vers l'uniformité et la conformité, et tenter de créer davantage de processus participatifs, tout en reconnaissant l'autorité intrinsèque des prestataires de soins. Ils suggèrent également un certain nombre de stratégies pour neutraliser ces tensions.

**MCBRIDE, L., L. PILKINGTON, P. J. MURRAY et D. WHITFIELD.** « *Collaborative counselor and medical training at a family practice residency program: a sharing of the experience (consultations et formation médicale axées sur la collaboration dans un programme de résidence en médecine familiale : les participants font part de leur expérience)* », *Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, vol. 8, n° 3, juillet 2000, p. 287-292.

McBride et ses collaborateurs (2000) ont évalué une méthode de traitement axée sur la collaboration dans le cadre d'un programme de résidence en médecine familiale auquel participaient des thérapeutes en formation, des étudiants en médecine générale ainsi que des résidents en médecine familiale. Dans cet article, les auteurs présentent le point de vue de chacun des participants : leurs impressions initiales, leur opinion sur le contenu et le déroulement du programme de formation et sur les bienfaits qu'ils en ont tiré, mais aussi sur les difficultés qu'ils ont vécues. L'élément le plus révélateur qui est ressorti des discussions a été de constater comment cette expérience avait changé leur façon de voir la formation : ils étaient tous prêts à collaborer directement à ces



soins axés sur la collaboration. Le superviseur a résumé l'expérience ainsi : « la synergie entre les différentes disciplines devient beaucoup plus agissante sur le plan thérapeutique que chacune des disciplines prise séparément » (p. 292).

**MCCABE, S. et C. L. MACNEE. « Weaving a new safety net of mental health care in rural America: a model of integrated practice (pour un nouveau filet de sécurité destiné aux soins de santé mentale en milieu rural aux États-Unis : un modèle de pratique intégrée) », *Issues Ment Health Nurs*, vol. 23, n° 3, avril-mai 2002, p. 263-278. <PubMed>**

McCabe et Macnee (2002) proposent dans cet article que des services de soins infirmiers avancés soient créés en milieu rural afin de consolider les systèmes de soutien officiels et de les intégrer à un système de soins en santé mentale plus officiel. Ils notent que l'élargissement du rôle des infirmières psychiatriques exerçant à un niveau avancé répond aux besoins des patients des régions rurales et se moule particulièrement bien aux soins intégrés. Leur judicieuse discussion sur ce qu'est l'intégration et sur ce qu'elle n'est pas se termine par cette définition formelle : « Pour ce qui est des soins de santé, l'intégration peut être définie comme la coordination et l'incorporation graduelles de l'ensemble des soins, des procédés de soins, afin de créer des services holistiques dont l'objectif est une santé optimale » (p. 270). L'application de cette définition en milieu rural se résume avant tout à fournir des soins holistiques, c'est-à-dire des soins physiques et comportementaux auxquels les services essentiels sont incorporés de manière exhaustive, pratique et signifiante. Les auteurs proposent quatre éléments pour ce modèle d'intégration des soins : la présence physique, la structuralité (y compris les relations interpersonnelles, la communication entre le personnel et les prestataires de soins, la composition de l'équipe soignante et la gestion de l'information), le rôle des prestataires de soins et celui des personnes soignées. En vertu de ce modèle, l'intégration est un processus qui se

déroule selon un continuum partant de l'absence totale d'intégration et allant jusqu'à l'intégration complète. Ils élaborent également sur les trois étapes du modèle des services intégrés de soins infirmiers avancés :

1. l'étape parallèle : partage des lieux physiques, mais absence d'interaction marquée entre les prestataires de soins;
2. l'étape du chevauchement : occupation des mêmes lieux physiques et interactions directes entre les prestataires de soins, mais indépendance des fonctions en matière de soins physiques ou mentaux;
3. l'étape de la synthèse : aucune différence entre la structure et les lieux où sont donnés les soins pour un problème de santé donné; les prestataires de soins vont vers les patients et prodiguent leurs soins simultanément.

**MCCANN, T. V. et H. BAKER. « Models of mental health nurse-general practitioner liaison: promoting continuity of care (modèles de soins axés sur la liaison entre les infirmières en santé mentale et les omnipraticiens visant à promouvoir la continuité des soins) », *J Adv Nurs*, vol. 41, n° 5, mars 2003, p. 471-479. <PubMed>**

Dans leur article, McCann et Baker (2003) décrivent un modèle de soins australien axé sur la liaison et auquel participent des infirmières psychiatriques et des omnipraticiens. Ces auteurs énumèrent trois raisons qui motivent les infirmières à collaborer avec les omnipraticiens. Premièrement, les patients atteints de maladie mentale sont plus nombreux dans le secteur des soins primaires que dans celui des soins en santé mentale. Deuxièmement, les omnipraticiens sont plus en mesure de diagnostiquer les maladies mentales que les infirmières. Et troisièmement, on présume que les usagers tirent avantage de la continuité des soins lorsque ces professionnels collaborent. Se servant de méthodes qualitatives, y compris des entrevues et des données d'observation, les auteurs ont cerné deux modèles de collaboration

M

utilisés par les infirmières en santé mentale communautaires et ont analysé les répercussions de ces modèles sur la continuité des soins. Dans le premier modèle, celui des soins partagés, l'infirmière communautaire entretient des liens étroits avec l'omnipraticien pendant toute la durée des soins actifs prodigués au patient. Dans le second modèle, celui de la liaison avec un spécialiste, l'infirmière, à titre de membre de l'équipe communautaire chargée de la santé mentale, assume l'ensemble des responsabilités liées au patient pendant toute la durée des soins actifs prodigués au patient et n'est en liaison avec le médecin que de façon intermittente. Ces observations ont laissé supposer que le modèle fondé sur les soins partagés s'est traduit par une plus grande continuité des soins, tant au chapitre personnel qu'organisationnel parce que l'infirmière et le médecin devaient travailler en équipe. Le modèle axé sur la liaison avec un spécialiste ne favorisait que l'aspect personnel de la continuité des soins pour l'infirmière et le patient.

**MCCRONE, P., N. K. FITZPATRICK, E. MATHIESON, D. CHISHOLM et S. NOURMAND.** « **Economic implications of shared care arrangements. A primary care based study of patients in an inner city sample (implications économiques des ententes de partage des soins; étude ayant porté sur des patients d'une grande ville traités par le secteur des soins primaires)** », *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, vol. 39, n° 7, juillet 2004, p. 553-559. <PubMed>

Dans cet article, McCrone et ses collaborateurs (2004) abordent les conséquences économiques des ententes relatives au partage des soins en se penchant sur un effectif de personnes traitées pour des maladies mentales graves au sein du secteur des soins primaires d'une grande ville. Les auteurs entreprennent leur étude toute particulière en examinant les différents niveaux de partage des soins, leurs répercussions sur l'utilisation et les coûts des services et leur efficacité. Se servant de l'échelle de mesure

du partage des soins (*Shared Care Assessment Schedule*) pour évaluer le partage des soins entre professionnels, McCrone et ses collaborateurs ont comparé les divers niveaux de soins partagés (faible, modéré, élevé). Ils ont constaté que les personnes atteintes de maladies mentales graves qui avaient besoin d'un niveau de soins partagés modéré ou élevé de la part des professionnels du secteur des soins primaires et des spécialistes étaient plus susceptibles de générer des coûts élevés que les personnes ayant besoin de peu de soins. Les décideurs se doivent donc de faire le rapprochement entre, d'une part, ces coûts plus élevés et l'amélioration de l'issue des soins partagés et d'autre part, entre la détérioration de l'état du patient et l'absence de tels soins.

**MCDANIEL, S. H.** « **Collaboration between psychologists and family physicians: implementing the biopsychosocial model (collaboration entre psychologues et médecins de famille : mise en œuvre du modèle biopsychosocial)** », *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 26, n° 2, avril 1995, p. 117-122.

Dans son article, McDaniel (1995) passe en revue les théories venant appuyer l'interaction entre les psychologues et les prestataires de soins médicaux et propose un modèle biopsychosocial comme paradigme sous-jacent. Il souligne les différentes formes de soutien mutuel que ces professionnels s'apportent en collaborant :

- ∞ du médecin au psychologue : les médecins adressent beaucoup de patients aux psychologues. Ils peuvent aider les patients à s'adapter à leur traitement psychologique en adoptant une attitude positive à l'égard de ce traitement, en apaisant leurs craintes, en stimulant leur motivation à changer et en pavant la voie aux relations fructueuses. Les médecins peuvent informer le psychologue sur les processus morbides;
- ∞ du psychologue au médecin : les psychologues s'attardent particulièrement aux aspects psychosociaux des maladies. Ils aident les médecins à prendre part

à tous les paliers de soins du système, notamment dans les cas complexes, et à comprendre les aspects psychologiques et interpersonnels des symptômes des patients. Les psychologues aident les médecins à éviter la fixation somatique et le traitement biopsychosocial, et leur offrent leur soutien pour les tâches exigeantes sur le plan émotionnel.

**MACDONALD, W., S. BRADLEY, P. BOWER, T. KRAMER, B. SIBBALD, E. GARRALDA et R. HARRINGTON.** « **Primary mental health workers in child and adolescent mental health services (les travailleurs en santé mentale pour enfants et adolescents au sein du secteur des soins primaires)** », *J Adv Nurs*, vol. 46, n° 1, avril 2004, p. 78-87. <PubMed>

Macdonald et ses collaborateurs (2004) ont étudié le nouveau rôle du travailleur en santé mentale pour enfants et adolescents au sein du secteur des soins primaires dans la foulée de la dernière réforme des politiques de la santé en Angleterre. Ce poste a été créé afin de favoriser une collaboration fructueuse entre les prestataires de soins primaires et les spécialistes en permettant au secteur des soins primaires de fournir des soins cliniques de santé mentale, de même qu'en perfectionnant les compétences des prestataires de soins primaires et en cultivant leur confiance. Dans leur analyse de l'intégration de ce poste au sein de six établissements de santé d'Angleterre, les auteurs ont répertorié trois modèles d'organisation : extension des services de soins spécialisés vers le secteur des soins primaires, intégration fondée sur les soins primaires et formation d'équipes. Chaque modèle comporte des avantages et des inconvénients en ce qui concerne les pourcentages de patients adressés à des spécialistes et l'établissement de relations fructueuses avec les prestataires de soins primaires. L'installation et l'intégration des travailleurs de soins primaires en santé mentale, ainsi que la proportion de soins directement prodigués aux patients par ces soignants, par opposition à une démarche consultative ou de liaison, ont créé des tensions dans tous les

établissements. Selon les auteurs, pour qu'elle soit réussie, l'intégration de ces nouveaux postes doit être préalablement planifiée avec tous les intervenants, les objectifs de ces nouveaux collaborateurs et du personnel connexe doivent être clairs et l'évolution des services doit être envisagée avec une perspective à long terme.

**MACMILLAN, H. L., C. J. PATTERSON et C. N. WATHEN.** « **Screening for depression in primary care: recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care (le dépistage de la dépression dans le contexte des soins primaires : les recommandations du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs)** », *CMAJ*, vol. 172, n° 1, le 4 janvier 2005, p. 33-35. <PubMed> <FullText>

Les plus récentes recommandations du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs concernant le dépistage de la dépression par le secteur des soins primaires suivent de près les travaux accomplis par un groupe d'étude similaire aux États-Unis. Le Groupe d'étude canadien préconise que le dépistage de la dépression chez les adultes soit effectué par le secteur des soins primaires où les ressources nécessaires au traitement et au suivi des patients dépressifs sont disponibles. Advenant que de tels services ne soient pas offerts, le Groupe d'étude canadien recommande que les médecins plaident la cause de la création de systèmes qui permettraient d'offrir des services de dépistage de la dépression reliés à des services thérapeutiques au sein du secteur des soins primaires.

M

**MALCOLM, H. « A primary mental health-care model for rural Australia: outcomes for doctors and the community (un modèle de soins primaires en santé mentale pour les régions rurales de l’Australie : ses répercussions sur les médecins et la collectivité) », *Aust J Rural Health*, vol. 8, n° 3, juin 2000, p. 167-172. <PubMed>**

Dans le cadre d’une étude réalisée dans une région rurale de l’Australie, Malcolm (2000) objective les répercussions, sur les médecins et sur la collectivité, d’un modèle de soins axé sur la collaboration. Une infirmière psychiatrique salariée a été embauchée pour travailler avec des omnipraticiens et pour assumer certaines fonctions telles que prodiguer des soins directement aux patients, perfectionner les compétences du personnel en soins primaires, y compris les techniques de consultation des omnipraticiens, informer les prestataires de services, les groupes communautaires et les autres personnes au sujet des maladies mentales et des services offerts, et établir la prévalence des maladies mentales dans la région. Les médecins ont ainsi acquis davantage de confiance en leur aptitude à diagnostiquer – notamment chez les personnes âgées – et à traiter les cas de dépression chez les adultes, les enfants et les adolescents; cette amélioration était faible quoique nette. Dans l’ensemble, les techniques de consultation se sont améliorées et la nécessité d’adresser des patients à des services spécialisés a diminué. Les médecins ont dit préférer les consultations impromptues chapeautées par l’infirmière psychiatrique. Les répercussions dans la collectivité ont été positives : les membres de la collectivité étaient plus sensibilisés à la dépression et ont appuyé le programme lorsque son financement a été menacé.

**MALCOLM, H. « Primary mental health-care model in rural Tasmania: outcomes for patients (un modèle de soins primaires en santé mentale pour les régions rurales de Tasmanie : ses répercussions pour les patients) », *Aust J Rural Health*, vol. 10, n°1, février 2002, p. 20-25. <PubMed>**

Dans son article, Malcolm (2002) signale les répercussions sur des patients de milieu rural d’un modèle de soins axé sur la collaboration créé en Tasmanie. La présence d’une infirmière psychiatrique dans un établissement de médecine générale de la région a permis d’augmenter le nombre de personnes qui ont pu recevoir des services pour leurs problèmes de santé mentale. En trois ans, l’infirmière a vu deux ou trois nouveaux patients en moyenne par semaine. Près de 20 pour cent de ces nouveaux patients (n = 316) étaient âgés de moins de 25 ans. La dépression était le diagnostic le plus souvent posé, bien que l’éventail des affections diagnostiquées ait été à l’image des problèmes de santé mentale le plus souvent pris en charge par le secteur des soins primaires. Afin de contrer la stigmatisation subie par les personnes atteintes de maladies mentales dans les milieux ruraux et qui fait obstacle à l’accès aux traitements, on acceptait les patients qui se présentaient spontanément et on les encourageait à le faire. On croit que le fait d’avoir eu sur place une travailleuse en santé mentale a permis d’accroître l’accès aux soins et de les rendre plus acceptables étant donné que les personnes dépressives n’ont souvent pas la motivation nécessaire pour se rendre chez le médecin ou pour franchir de grandes distances afin d’obtenir des soins psychiatriques. Malcolm conclut son article en précisant que cette méthode de soins axée sur la collaboration en milieu rural est peu onéreuse et transposable dans d’autres collectivités.

**MANN, A. et A. TYLEE.** « **Evaluation of change in primary care practice (évaluation des changements apportés aux soins primaires prodigués aux patients)** », *International Review of Psychiatry*, vol. 10, n° 2, mai 1998, p. 148-153.

Dans cet article, Mann et Tylee (1998) traitent d'une série de mesures utiles servant à évaluer les changements apportés aux soins primaires prodigués aux patients atteints de troubles mentaux. Cet article pratique est susceptible d'intéresser les chercheurs, les praticiens, les enseignants et les étudiants pour qui les changements dans les attitudes et les comportements des praticiens constituent des critères d'évaluation des soins primaires en santé mentale. Les auteurs soulignent l'utilité des statistiques issues de la pratique, de l'évaluation des ordonnances et des taux de suicide, ainsi que des mesures qualitatives et quantitatives des changements observés dans le secteur des soins primaires.

**MANN, A. H., R. BLIZARD, J. MURRAY, J. A. SMITH, N. BOTEGA, E. MACDONALD et G. WILKINSON.** « **An evaluation of practice nurses working with general practitioners to treat people with depression (évaluation des infirmières praticiennes travaillant avec des omnipraticiens dans le traitement de la dépression)** », *Br J Gen Pract*, vol. 48, n° 426, janvier 1998, p. 875-879. <PubMed>

Au cours de deux études naturalistes réalisées avec répartition aléatoire et de façon parallèle sur une période de quatre mois, Mann et ses collaborateurs (1998) ont évalué le rôle élargi des infirmières praticiennes dans l'amélioration de l'issue de la dépression. La première étude a servi à examiner l'utilisation, par les infirmières praticiennes, d'une méthode d'évaluation psychiatrique uniformisée et leur façon de transmettre l'information à l'omnipraticien. La seconde étude a permis d'évaluer le recours à cette même méthode, mais cette fois-ci combinée à la participation des infirmières praticiennes aux soins suivis. Le fait que les

infirmières praticiennes aient été formées pour aider les omnipraticiens à évaluer les patients et à leur fournir des soins suivis a été associé à d'excellents résultats aussi bien dans les groupes d'intervention que dans les groupes témoins. Bien qu'aucun avantage supplémentaire n'ait été noté chez les personnes chez lesquelles les infirmières étaient intervenues, les auteurs en sont venus à la conclusion que la courte formation donnée aux infirmières a provoqué un changement dans les attitudes et dans la prise en charge des soins qui a eu des répercussions positives sur l'issue des traitements.

**MANN, A. H., A. TYLEE et R. JENKINS.** *International Review of Psychiatry*, éditorial, vol. 10, n° 2, mai 1998, p. 101.

Dans leur bref éditorial, Mann et ses collaborateurs (1998) commentent le virage qu'ont connu les méthodes et les techniques de recherche sur les soins prodigués en santé mentale par le secteur des soins primaires en Angleterre. Ils ont attribué ce virage à l'environnement professionnel et politique en mutation, auparavant inspiré par les soins secondaires et maintenant sous l'impulsion des soins primaires. Décrivant la dynamique de ce changement, Mann et ses collaborateurs mentionnent l'influence des nouvelles politiques et la réorganisation du système de santé et font certaines recommandations concernant les travaux de recherche qui seront ultérieurement effectués dans ce domaine.

M

**MARION, L. N., S. BRAUN, D. ANDERSON, J. MCDEVITT, M. NOYES et M. SNYDER.** « **Center for Integrated Health Care: primary and mental health care for people with severe and persistent mental illnesses (centre de soins de santé intégrés : les soins primaires et les soins de santé mentale destinés aux personnes aux prises avec des maladies mentales graves et persistantes)** », *J Nurs Educ*, vol. 43, n°2, février 2004, p. 71-74. <PubMed>

Dans ce « *modèle de pratique universitaire* », Marion et ses collaborateurs (2004) parlent de leur nouveau centre de soins de santé intégrés dont le mandat principal est de satisfaire les besoins en soins de santé primaires des personnes aux prises avec des maladies mentales graves. Ils y expliquent comment le centre a été créé et décrivent en détail le mode de collaboration de ce programme intégré. Les objectifs du centre sont de fournir des soins de santé de qualité aux participants au programme de réinsertion psychosociale, l'apprentissage et l'enseignement de la médecine factuelle dans le domaine des soins primaires et des soins en santé mentale et l'enrichissement des connaissances par l'intermédiaire d'un programme conjoint de recherche active afin d'améliorer la santé des personnes aux prises avec des maladies mentales graves. La faculté des sciences infirmières de l'Université de Chicago offre ce programme en collaboration avec le centre de réinsertion Thresholds. Comme il s'agit d'un centre universitaire en sciences infirmières, la pérennité du financement est une préoccupation constante. La faculté y fait face grâce à un processus de planification stratégique continue.

**MARSHALL, E. J. et A. DEEHAN.** « **Needs of special groups: drug and alcohol problems (les besoins de groupes particuliers : les toxicomanes et les alcooliques)** », *International Review of Psychiatry*, vol. 10, n° 2, mai 1998, p. 136-138.

Dans cet article, Marshall et Deehan (1998) font un survol des besoins médicaux des alcooliques

et des toxicomanes. Ils passent en revue les données qui montrent que ces personnes ont des besoins importants en matière de soins primaires en santé mentale. Ils décrivent de brèves interventions destinées aux alcooliques dans le secteur des soins primaires, les traitements pharmacologiques possibles dans ce contexte et les obstacles comportementaux dressés par les médecins qui doivent traiter ces types de problèmes. Ces auteurs font ressortir trois facteurs (tels qu'ils ont été décrits dans le cadre du projet pilote sur l'alcoolisme de Maudsley, dans les années 70) qui expliquent pourquoi les médecins de premier recours ne réussissent pas à s'occuper des alcooliques et des toxicomanes : les doutes quant à leur responsabilité professionnelle envers les personnes ayant de tels problèmes (la légitimité de leur rôle), le manque de formation leur permettant de s'occuper de ces problèmes (l'adéquation de leur rôle) et l'incertitude quant aux ressources d'aide disponibles pour prendre en charge ces patients (le soutien dans leur rôle).

**MARTIN, C. M.** « **Making a case for transdisciplinarity [article publié en anglais et en français sous le titre : Préconiser la transdisciplinarité]** », *Can Fam Physician*, vol. 49, juillet 2003, p. 905-908. <PubMed> <FullText> (ENG) <FullText> (FR)

Rédigeant son article en partant de son point de vue de médecin de famille canadien, Martin (2003) mentionne la transdisciplinarité comme moyen de fournir au médecin de famille et au médecin de premier recours le leadership intellectuel et la base de recherche convenant à leur domaine respectif. Elle définit la transdisciplinarité comme le travail en commun de diverses disciplines pour élaborer de nouvelles solutions en vue de réformes complexes des soins primaires; la transdisciplinarité cherche à intégrer et à traduire divers genres de savoir. L'édification de la recherche transdisciplinaire passe par l'élaboration du fondement intellectuel voulu pour des genres multiples de savoir, par un système de valeurs qui soit ouvert, participatif, respectueux et centré sur le « vrai monde », par

de nouvelles méthodes et règles de recherche intégrante pour synthétiser et traduire le savoir et par l'élaboration de rôles de recherche transdisciplinaire pour les praticiens.

**MATALON, A., T. NAHMANI, S. RABIN, B. MAOZ et J. HART.** « *A short-term intervention in a multidisciplinary referral clinic for primary care frequent attenders: description of the model, patient characteristics and their use of medical resources (intervention de courte durée dans une clinique d'aiguillage multidisciplinaire destinée aux grands usagers de services de soins primaires : description du modèle, caractéristiques des patients et de leur utilisation des ressources médicales)* », *Fam Pract*, vol. 19, n° 3, juin 2002, p. 251-256. <PubMed> <FullText>

Dans cet article, Matalon et ses collaborateurs (2002) décrivent un mode innovateur d'intervention de courte durée mis en pratique dans une clinique d'aiguillage multidisciplinaire et destiné aux grands usagers de services de soins primaires. Cette clinique a été créée afin d'alléger le fardeau que les nombreuses demandes faites par les personnes aux prises avec des problèmes somatiques et autres problèmes de santé mentale imposent aux omnipraticiens. Un médecin de famille ayant reçu de la formation en psychothérapie et un auxiliaire médical social, supervisés par un psychiatre expérimenté, formaient le personnel de cette clinique. L'étude a principalement porté sur les 40 premiers clients de la clinique qui ont rempli des questionnaires de dépistage en santé mentale et ont subi une évaluation fonctionnelle de leur état de santé. L'utilisation des ressources médicales par les usagers a été déterminée en étudiant leur dossier de l'année précédente et à compter de leur première visite à la clinique. En plus du traitement pharmacologique et de la psychothérapie, l'intervention du personnel de la clinique comprenait une consultation biopsychosociale fondée sur une technique du récit toute particulière. Les personnes traitées à la clinique ont bien accepté la méthode intégrative utilisée. Elle a aussi permis de satisfaire les

besoins des médecins traitants et de réduire les coûts de l'organisme de gestion intégrée des soins de santé. Ainsi, les coûts annuels moyens sont passés de 4 035 \$US à 1 161 \$US un an après que les patients aient été adressés à la clinique.

**MAUER, B. J., pour le *National Council for Community Behavioral Healthcare*.** « *Background paper: behavioral health/primary care integration models, competencies, and infrastructure (document d'information : modèles d'intégration des soins, des compétences et des infrastructures en soins primaires et comportementaux)* », Rockville, MD, NCCBH, mai 2003, diffusé à l'adresse suivante : <http://www.nccbh.org/who/industry/Primary%20Care%20Integration/PrimaryCareDiscPaper.pdf>

Dans ce document d'information fondamental sur l'intégration des soins, des compétences et des infrastructures en soins primaires et comportementaux préparé sous l'égide du *Council for Community Behavioral Healthcare (NCCBH)* à l'intention des membres de ce regroupement, Mauer (2003) présente de nombreuses caractéristiques des soins intégrés, y compris les raisons de poursuivre l'intégration, les obstacles structurels, les principes d'intégration, les définitions de l'intégration, un modèle d'intégration clinique et les données actuelles en matière de soins des personnes dépressives, des questions financières et des outils de collaboration.

M

**MAUER, B. J., pour le *National Council for Community Behavioral Healthcare*. « Behavioral health/primary care integration: environmental assessment tool state level policy and financing (intégration des soins primaires et comportementaux : outil d'évaluation du milieu utilisable par l'État pour déterminer la pertinence des politiques et du financement) », Rockville, Maryland, *NCCBH*, avril 2004, diffusé à l'adresse suivante : <http://www.nccbh.org/HTML/LEARN/PCI/PCI-Enviro-Assess.pdf>**

Mauer et le *National Council for Community Behavioral Healthcare* (2004) ont préparé un outil d'évaluation du milieu utilisable par l'état pour déterminer la pertinence des politiques et du financement des soins multidisciplinaires. Cet outil permet d'étudier les modalités d'organisation et les ententes contractuelles des programmes de soins de santé comportementale financés par le régime d'assurance maladie (Medicaid) et les programmes comportementaux gérés par l'État, y compris leur structure, l'utilisation des fonds de l'État, la coordination intergouvernementale, leur administration et le financement local ainsi que d'autres questions financières. Cet outil a été conçu aux fins d'utilisation par des groupes de travail chargés de la planification des programmes de soins axés sur la collaboration. Le but général de cet outil est de fournir des renseignements complets sur les multiples forces qui agissent sur les soins axés sur la collaboration en milieu clinique.

**MAYALL, E., S. OATHAMSHAW, K. LOVELL et H. PUSEY. « Development and piloting of a multidisciplinary training course for detecting and managing depression in the older person (élaboration et expérimentation d'un programme de formation multidisciplinaire sur le dépistage et la prise en charge de la dépression chez la personne âgée) », *J Psychiatr Ment Health Nurs*, vol. 11, n° 2, avril 2004, p. 165-171. <PubMed>**

Dans leur article, Mayall et ses collaborateurs (2004) donnent un aperçu d'un cours de formation multidisciplinaire sur le dépistage et la prise en charge de la dépression chez les personnes âgées. Conformément à la politique nationale en vigueur au Royaume-Uni, ce programme a été expressément conçu pour susciter l'intérêt de professionnels de multiples disciplines et organismes, y compris des praticiens de premier recours et des professionnels en santé mentale. Ce programme comprenait trois ateliers d'une journée et quatre cours consécutifs. Les tests effectués avant et après le programme de formation à des fins d'évaluation ont fait ressortir de grandes différences dans les connaissances des participants sur la dépression chez les personnes âgées et dans leur niveau de confiance envers leur aptitude à dépister et à prendre en charge ce problème de santé mentale.

**MEADOWS, G. N. « Overcoming barriers to reintegration of patients with schizophrenia: developing a best-practice model for discharge from specialist care (surmonter les obstacles à la réadaptation des schizophrènes : modèle des meilleures pratiques pour sortir les patients des soins spécialisés) », *Med J Aust*, vol. 178 (suppl.), le 5 mai 2003, p. S53-S56. <PubMed> <FullText>**

Meadows (2003) consacre son article à un nouveau programme, le Programme de consultation et de coordination en soins primaires psychiatriques (*Consultation and Liaison*



in *Primary-Care Psychiatry Program*), qui a été créé en Australie afin de faciliter l'orientation des personnes atteintes de maladies mentales graves du secteur des soins spécialisés vers celui de la médecine générale. Ce programme incite les omnipraticiens à prendre en charge les personnes schizophrènes à l'aide d'un ensemble de pratiques, qui comprennent la reconnaissance des premiers signes de rechute, et de mesures propres à chaque patient pour la surveillance de l'apparition des rechutes et le traitement de ces dernières. Les consultations et la coordination des activités sont assurées par les visites périodiques du psychiatre de l'organisme de santé mentale et par les révisions annuelles ou semi-annuelles de tous les cas adressés aux omnipraticiens. Le recours aux signes de rechutes et aux mesures à prendre en de tels cas est particulièrement utile dans les secteurs où les modèles de partage des soins ne sont pas appliqués.

**MELLOR-CLARK, J., J. CONNELL, M. BARKHAM et P. CUMMINS.** « **Counselling outcomes in primary health care: a CORE system data profile (résultats des consultations dans le secteur des soins de santé primaires : portrait du système CORE)** », *European Journal of Psychotherapy, Counselling & Health*, vol. 4, n° 1, avril 2001, p. 65-86. <Abstract>

Dans cet article, Mellor-Clark et ses collaborateurs (2001) traitent de la nécessité de disposer de faits qui viendraient soutenir le processus de consultation dans le secteur des soins primaires en tant que domaine de pratique de la médecine factuelle. Ce besoin tire son origine des politiques préconisant une plus grande qualité de service dans tout le système de soins de santé anglais. Les auteurs mentionnent les résultats de leur étude de faisabilité du système CORE (*Clinical Outcomes in Routine Evaluation*), une méthode uniformisée visant à dresser le portrait des patients et des résultats pour les consultations données en contexte de soins primaires. Selon les résultats de cette étude, la surveillance systématique et l'établissement des portraits des patients sont

possibles, et le processus de consultation peut permettre de soulager la souffrance des patients atteints d'un large éventail de problèmes traités par le secteur des soins primaires. Mellor-Clark et ses collaborateurs traitent également des implications de leurs observations en regard des politiques nationales.

**MELLOR-CLARK, J., R. SIMMS-ELLIS et M. BURTON,** pour le *Royal College of General Practitioners*. « **National survey of counsellors working in primary care: evidence of growing professionalisation? (sondage national auprès des thérapeutes travaillant dans le secteur des soins primaires : y a-t-il des signes d'un professionnalisme croissant?)** », Londres, *Royal College of General Practitioners*, avril 2001.

Dans leur article, Mellor-Clark et ses collaborateurs (2001) rendent compte des résultats d'un sondage national actualisé réalisé auprès de thérapeutes du secteur des soins primaires du Royaume-Uni, notamment, des statistiques relatives à la prévalence des consultations et un portrait détaillé des compétences, de l'expérience et des méthodes de travail des thérapeutes. L'analyse des 1 031 questionnaires utilisables qui ont été reçus a révélé que la majorité des thérapeutes détenaient un diplôme et que 31 pour cent d'entre eux possédaient un diplôme de premier cycle ou une maîtrise. Presque tous les thérapeutes ont mentionné être supervisés sur le plan clinique. Les auteurs concluent que dans l'ensemble, les thérapeutes sont en grande majorité convenablement formés et supervisés et qu'ils satisfont aux normes nationales relatives aux bonnes pratiques.

M

**MILDRED, H., P. BRANN, E. S. L. LUK et S. FISHER.** « **Collaboration between general practitioners and a child and adolescent mental health service (la collaboration entre des omnipraticiens et un service de santé mentale pour enfants et adolescents)** », *Aust Fam Physician*, vol. 29, n° 2, février 2000, p. 177-181. <PubMed>

Mildred et ses collaborateurs (2000) consacrent cet article à un projet pilote australien visant à créer des liens coopératifs entre un service en santé mentale pour enfants et adolescents, et des omnipraticiens. Les deux principaux objectifs de ce projet étaient de changer les politiques et la philosophie du service de santé mentale afin que les omnipraticiens soient mieux considérés et y soient mieux acceptés, ainsi que de fournir à ces médecins une formation accréditée sur les problèmes courants en santé mentale. Les sondages effectués avant et après la concrétisation du projet, ainsi que les entrevues réalisées ont fait ressortir de meilleures communications entre le service et les omnipraticiens. Ils ont également révélé que les perceptions des omnipraticiens à l'égard de l'utilité du service de santé mentale pour enfants et adolescents avaient radicalement changé. Ces efforts ont eu pour résultat d'augmenter les initiatives concrètes de partage des soins.

**MILES, M. L. et R. R. GOETZ.** « **Gatekeeping and authorization (contrôle et autorisation de l'accès)** », *New Dir Ment Health Serv*, vol. 81, printemps de 1999, p. 65-73. <PubMed>

Miles et Goetz (1999) abordent les questions du contrôle et de l'autorisation de l'accès aux soins de santé intégrés, aux États-Unis. Ces méthodes sont de plus en plus utilisées pour juguler les coûts des soins de santé publique. Les auteurs soulignent que les médecins du secteur des soins primaires sont maintenant de plus en plus tenus de reconnaître, de diagnostiquer et de traiter les maladies mentales.

**MILLAR, E., C. GARLAND, F. ROSS, T. KENDRICK et T. BURNS.** « **Practice nurses and the care of patients receiving depot neuroleptic treatment: views on training, confidence and use of structured assessment (les infirmières praticiennes et les soins prodigués aux patients recevant des antipsychotiques retard : leur point de vue sur la formation, leur confiance en elles-mêmes et l'utilisation d'un mode d'évaluation structuré)** », *J Adv Nurs*, vol. 29, n° 6, juin 1999, p. 1454-1461. <PubMed>

L'article de Millar et de ses collaborateurs (1999) rend compte du point de vue des infirmières praticiennes sur l'administration de médicaments retard. Les auteurs ont interrogé 39 infirmières ayant participé à une étude clinique réalisée avec répartition aléatoire des sujets, qui a porté sur l'efficacité de la formation et de l'évaluation structurée sur les résultats obtenus sur les plan clinique et social chez des patients recevant un traitement d'entretien reposant sur l'emploi d'antipsychotiques retard. Les auteurs ont constaté que la plupart des infirmières ne disposaient que de peu de données sur les patients orientés et d'aucun protocole de services. Ces infirmières se sentaient peu sûres d'elles et insuffisamment renseignées pour administrer le médicament en dépit du fait qu'elles avaient reçu de la formation qui leur avait permis d'accroître leurs connaissances sur les maladies mentales. Les auteurs, comme d'autres avant eux, ont recommandé une meilleure formation et une supervision clinique accrue.

**MILLER, C. « Special needs of persons with SPMI: ensuring that persons with serious and persistent and mental illness obtain primary health care (les besoins particuliers des personnes ayant une maladie mentale grave et chronique : s'assurer que ces personnes obtiennent des soins de santé primaires) », [présentation PowerPoint], Talbott, T. N., Cherokee Health Systems, 2004. Offerte à l'adresse suivante : <http://www.nccbh.org/html/learn/PCI/04conf/C1/C1-Miller.pdf>**

Dans sa présentation, Miller (2004) rend compte des besoins particuliers des personnes aux prises avec des maladies mentales graves en matière de soins de santé primaires intégrés et de soins de santé mentale, et décrit le célèbre *Cherokee Health System*, en vigueur au Tennessee. Ce système offre des cliniques de soins communautaires intégrés dotées de services externes classiques de thérapie comportementale, en plus de soins primaires et dentaires. Si l'on considère l'ensemble du système, 40 000 personnes sont traitées pour un total annuel de 260 000 visites, tous types de services confondus. L'auteur donne un excellent aperçu des obstacles que les personnes atteintes de maladies mentales graves doivent surmonter pour avoir accès à des soins primaires, y compris les obstacles inhérents à leur maladie mentale et aux systèmes.

**MILLER, C. L., B. G. DRUSS, E. A. DOMBROWSKI et R. A. ROSENHECK. « Barriers to primary medical care among patients at a community mental health center (les barrières qui font obstacle à l'accès aux soins primaires dans un centre de santé communautaire) », *Psychiatr Serv*, vol. 54, n° 8, août 2003, p. 1158-1160. <PubMed> <FullText>**

Dans leur étude, Miller et ses collaborateurs (2003) ont examiné les obstacles rencontrés par 59 personnes atteintes de maladies mentales chroniques pour obtenir des soins médicaux primaires dans un centre de santé communautaire. Les auteurs ont évalué l'accès

aux soins de santé mentale primaires à l'aide du *Primary Care Assessment Tool*, un outil permettant d'apprécier quatre caractéristiques des soins primaires : les soins prodigués à la première rencontre, les soins continus, l'intégralité des soins et la coordination des soins. Les résultats de cette évaluation ont révélé que les participants à l'étude avaient obtenu des scores bien moins élevés que la population générale pour ces quatre paramètres, d'où des soins médicaux primaires de moins bonne qualité. Les auteurs ont recommandé le recours à des méthodes de soins intégrés associant soins en santé mentale et soins médicaux primaires pour les personnes aux prises avec une maladie mentale chronique.

**MILLER, C. L., B. G. DRUSS et R. M. ROHRBAUGH. « Using qualitative methods to distill the active ingredients of a multifaceted intervention (utilisation de méthodes qualitatives pour isoler les divers ingrédients actifs d'une intervention à multiples facettes) », *Psychiatr Serv*, vol. 54, n° 4 avril 2003, p. 568-571. <PubMed> <FullText>**

Miller et ses collaborateurs (2003) ont étudié le processus de soins dans une clinique de soins de santé primaires intégrés destinés à des anciens combattants atteints de troubles psychiatriques majeurs. Ils se sont surtout penchés sur l'utilité des méthodes qualitatives (groupes de discussion) pour extirper les éléments d'influence des multiples facettes des interventions que ces patients subissaient. L'analyse du contenu a fait ressortir trois points : les patients avaient connu des difficultés lors de leurs tentatives précédentes pour obtenir des soins primaires, les ressources de la clinique étaient disponibles et organisées de façon suffisamment souple pour accroître l'accès aux soins, et une restructuration organisationnelle a permis d'améliorer les communications entre les différents professionnels travaillant à la clinique, ce qui s'est traduit par une amélioration des soins prodigués aux patients.

M

**MILLWARD L. J. et N. JEFFRIES.** « **The team survey: a tool for health care team development (Team Survey® : un outil de perfectionnement des équipes de soins de santé)** », *J Adv Nurs.*, vol. 35, n° 2, juillet 2001, p. 276-287. <PubMed>

Millward and Jeffries (2001) examinent leur utilisation de l'outil Team Survey® auprès d'un éventail d'équipes de soins de santé dans un important groupe du service national de la santé (*National Health Service*) en Grande-Bretagne. L'instrument repose sur un modèle cognitif-motivationnel de l'efficacité du travail en équipe. Les résultats semblent indiquer que l'instrument est valable sur le plan psychométrique, mais il s'en dégage que les facteurs influant sur l'efficacité de l'équipe sont un peu différents de ceux que suggère la théorie, ce qui fait ressortir la nécessité de faire d'autres essais sur différents échantillons pour vérifier la validité conceptuelle de l'instrument. Dans l'ensemble, l'étude recommande un cadre de perfectionnement des équipes de soins de santé mentale qui est axé sur l'élaboration de cognitions (modèles mentaux communs) et de métacognitions (comme la maîtrise de soi) par la formation, plutôt que par des approches comportementales et spécifiques selon le contexte, pour comprendre le travail en équipe.

**MULSANT B. H., G. S. ALEXOPOULOS, C. F. REYNOLDS III, I. R. KATZ, R. ABRAMS, D. OSLIN et H. C. SCHULBERG; groupe d'étude PROSPECT.** « **Pharmacological treatment of depression in older primary care patients: the PROSPECT algorithm (traitement pharmacologique de la dépression chez les patients âgés dans le contexte des soins primaires : l'algorithme PROSPECT)** », *Int J Geriatr Psychiatry*, vol. 16, n° 6, juin 2001, p. 585-592. <PubMed>

MULSANT et ses collaborateurs (2001) examinent l'essai PROSPECT (Prevention of Suicide in Primary care Elderly-Collaborative Trial) » pour la prévention du suicide chez les personnes âgées dans le contexte des soins de santé. Cet essai

a prouvé l'efficacité de la collaboration entre des cliniciens formés au niveau de la maîtrise et des omnipraticiens qui travaillent à améliorer la prise en charge des personnes âgées souffrant de dépression, et les résultats pour ces patients. Les auteurs décrivent l'algorithme qui a été mis au point pour guider les cliniciens formés au niveau de la maîtrise. L'algorithme prône l'utilisation de médicaments parce que c'est plus pratique dans un établissement de soins primaires. La psychothérapie est réservée aux patients qui ne tolèrent pas les médicaments. Toutefois, les cliniciens assurent des services de psychopédagogie, un suivi permanent et un soutien auprès des patients et de leur famille, dans le cadre de leur intervention clinique.

**MURRAY J. et R. JENKINS,** « **Prevention of mental illness in primary health care (prévention de la maladie mentale dans le contexte des soins de santé primaires)** », *International Review of Psychiatry*, vol. 10, n° 2, mai 1998, p. 154-157.

Murray et Jenkins (1998) explorent la prévention de la maladie mentale et la promotion de la santé mentale dans les soins primaires, et la mise en application de ces approches par des équipes de soins primaires au Royaume-Uni. Les auteurs donnent un bon aperçu du sujet tout en faisant ressortir que les soins de santé primaires sont bien placés pour répondre aux besoins des personnes qui vivent une transition ou une crise dans leur vie : reconnaître les personnes à risques et les appuyer grâce à un éventail d'activités de promotion de la santé. Les auteurs soulignent également le besoin de formation dans le domaine des interventions en santé mentale, et de protocoles pour guider la réponse thérapeutique et la reconnaissance des problèmes.

**MYNORS-WALLIS, L. M., D. H. GATH, A. DAY et F. BAKER.** « **Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care (essai clinique à répartition aléatoire visant à comparer le traitement axé sur la résolution de problèmes, les antidépresseurs et le traitement combiné pour soigner les dépressions graves dans le contexte des soins primaires)** », *BMJ*, vol. 320, n° 7226, janvier 2000, p. 26-30. <PubMed> <FullText>

Dans le cadre de cet essai clinique comparatif à répartition aléatoire, Mynors-Wallis et ses collaborateurs (2000) ont comparé le traitement axé sur la résolution de problèmes, les antidépresseurs et le traitement combiné pour soigner les dépressions graves dans le contexte des soins primaires. Dans cet essai, il y a eu moins de séances de thérapie que dans des essais précédents visant à étudier la rentabilité de ces traitements. Tous les groupes ont montré des améliorations en douze semaines. On n'a observé aucune différence entre les omnipraticiens et les infirmières praticiennes administrant un traitement axé sur la résolution de problèmes. Le traitement combiné, c'est-à-dire des médicaments associés à une thérapie, ne s'est pas révélé plus efficace que les premiers ou la seconde administrés seuls.

**NOLAN, P. et F. BADGER, auteurs.** « **Promoting collaboration in primary mental health care (promotion de la collaboration dans les soins primaires en santé mentale)** », *Cheltenham: Nelson Thornes; 2002a.*

Dans leur document « Promoting collaboration in primary mental health care », Nolan et Badger (2002a) présentent de nombreuses perspectives sur les soins primaires en santé mentale en Grande-Bretagne. Dans l'introduction et la conclusion, les auteurs font un excellent tour d'horizon des questions fondamentales en matière de soins collaboratifs. Ils abordent également d'autres sujets, entre autres les usagers des soins, et les populations spéciales

comme les personnes qui souffrent de troubles de l'alimentation, de maladies mentales graves, de troubles de la personnalité et de maladie mentale périnatale; les enfants; les utilisateurs de drogues illicites; les personnes souffrant de dépression; les personnes qui se suicident ou qui tentent de le faire; ainsi que les personnes âgées. Dans un autre chapitre, les auteurs examinent la promotion de la santé mentale.

**NOLAN, P. et F. BADGER.** « **In search of collaboration and partnership (à la recherche de la collaboration et du partenariat.)** », dans : **NOLAN, P et F. BADGER, auteurs.** « **Promoting collaboration in primary mental health care (promotion de la collaboration dans les soins primaires en santé mentale)** », *Cheltenham: Nelson Thornes; 2002b. p. 3-19.*

Nolan et Badger (2002b) font une étude sommaire des soins collaboratifs en santé mentale en Grande-Bretagne ainsi que des antécédents et du contexte national. Ils abordent plusieurs sujets, entre autres l'évolution du service national de la santé (*National Health Service*), les progrès en matière de soins primaires, le besoin de services en santé mentale, la place des services de santé mentale dans les soins primaires, les efforts de promotion, les obstacles et les défis.

**NOLAN, P et F. BADGER. Préface, dans :** **NOLAN, P et F. BADGER, auteurs.** « **Promoting collaboration in primary mental health care (promotion de la collaboration dans les soins primaires en santé mentale)** », *Cheltenham: Nelson Thornes, 2002c. p. xi-v.*

Nolan et Badger (2002c), dans la préface de leur volume sur la promotion de la collaboration dans le contexte des soins primaires en santé mentale, se penchent sur des questions connexes. Le contexte politique général a changé : la participation est maintenant la formule adoptée pour façonner tous les aspects des soins de santé en Grande-Bretagne. Négliger ce potentiel risquerait de condamner les soins de santé à la stagnation. Dans cet aperçu des tendances

récentes en matière de soins de santé, les auteurs préconisent une approche ascendante pour comprendre la collaboration dans la pratique quotidienne au moyen de comptes rendus directs de la part des praticiens de premier recours. Nolan et Badger analysent dans leur volume les thèmes principaux abordés dans les journaux, par exemple l'importance pour les professionnels d'avoir confiance dans leur propre rôle, posséder les compétences appropriées pour faire le travail, être prêt à respecter et à reconnaître l'expertise des autres, et être capable de bâtir des relations avec différents organismes et professionnels. Les auteurs proposent également un cadre d'interprétation des conditions nécessaires à la collaboration.

**NOLAN, P., E. MURRAY et J. DALLENDER.** « Practice nurses' perceptions of services for clients with psychological problems in primary health care (perceptions des infirmières praticiennes relatives aux services de soins primaires dispensés aux clients souffrant de problèmes psychologiques. » *Int J Nurs Stud*, vol. 36, n° 2, avril 1999, p. 97-104. <PubMed>

Nolan et ses collaborateurs (1999) étudient un petit échantillon de 200 infirmières praticiennes ou infirmiers praticiens (taux de réponse de 52 pour cent) pour cerner les types de problèmes de santé mentale qu'ils rencontrent dans les soins primaires, les interventions qu'ils font et les compétences qu'ils utilisent. Les conclusions révèlent que ces praticiens doivent traiter un large éventail de problèmes de santé mentale légers ou graves, qu'une majorité des patients peuvent s'adresser à eux de leur propre chef, et qu'un peu plus de la moitié d'entre eux sont autorisés à orienter directement les patients à d'autres professionnels de la santé. Les praticiens ont exprimé qu'ils ne se sentent pas préparés au travail en santé mentale. Ils se montrent assez réticents à s'engager dans cette voie par crainte de faire face à des problèmes dépassant leurs compétences. Ils soulignent que les lacunes dans les relations interprofessionnelles et le

manque d'appui en matière de formation sont les principaux obstacles.

**NORTHWEST TERRITORIES MEDICAL ASSOCIATION, Northwest Territories Registered Nurses Association.** « The provision of health care in the Northwest Territories (NWT): a joint statement on health care reform in the NWT (prestation des soins de santé dans les Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.) : déclaration commune sur la réforme des soins de santé dans les T.N.-O.) », septembre 1998. *Journal canadien de la médecine rurale*, vol. 5, n° 1, hiver 2000, p. 12-17. <FullText>

The Northwest Territories Medical Association et l'Association des infirmières autorisées des Territoires du Nord-Ouest (2000) ont produit une déclaration commune sur la réforme des soins de santé dans les Territoires du Nord-Ouest en 1998. Dans leur vision de la réforme, les auteurs préconisent un modèle uniforme de collaboration en soins primaires qui comprend la pratique et la responsabilité en collaboration. Ils définissent le rôle des infirmières praticiennes/ infirmiers praticiens et du médecin dans le modèle de pratique en collaboration, et font des recommandations en matière d'éducation, de collaboration et de gouvernance.

**NORTON, D. J. MEASDAY, R. GRENFELL, C. MACKAY, A. TEED et C. MACDONALD.** « GP-pharmacist liaison: a rural case study (liaison entre les omnipraticiens et les pharmaciens : une étude de cas rurale) », *Aust Fam Physician*, vol. 32, n° 3, mars 2003, p. 191-192. <PubMed> <FullText> OU <FullText>

Norton et ses collaborateurs (2003) font état d'une étude australienne portant sur un projet de liaison entre les omnipraticiens et les pharmaciens. L'objectif du projet était d'analyser les obstacles dans une région géographique délimitée. Au total, on a étudié 33 pharmaciens et 48 omnipraticiens qui travaillaient à plein temps dans la région pour déterminer les principales activités de soins de

santé que ces deux groupes de professionnels avaient en commun, afin de cerner les possibilités de meilleure collaboration ainsi que les obstacles. On a étudié six domaines d'intérêt commun : la consommation des médicaments, la polypharmaco-thérapie, le désir de consommer de la drogue, les conseils relatifs à une maladie donnée, les soins de santé primaires et la promotion de la santé. On a demandé aux répondants de classer les catégories d'intérêt et les problèmes liés à chaque catégorie. Dans l'ensemble, les deux groupes ont exprimé leur intérêt pour le travail en collaboration. Ils se disaient tous les deux très intéressés par la consommation de médicaments et la polypharmaco-thérapie, mais précisaient que l'approvisionnement en médicaments était le problème le plus important. Parmi les obstacles cernés, il y avait les contraintes de temps, le manque de main-d'œuvre et la durée des contacts personnels entre les deux professionnels, le plus grand besoin de formation clinique des pharmaciens dans les régions rurales, le manque de compréhension du rôle et des responsabilités des pharmaciens de la part des omnipraticiens ainsi que l'absence d'un lieu et d'un calendrier de réunions structurés. La division locale a réagi à ces conclusions en élaborant une série d'activités visant à promouvoir la collaboration future : par exemple, des activités éducatives combinées pour les deux groupes, des groupes de discussion structurés, un groupe Pharmacie local, un message hebdomadaire transmis par télécopieur à tous les pharmaciens, la nomination d'un pharmacien auprès du personnel de la division, des groupes de travail locaux et l'éducation des usagers.

**NUTTING, P. A., K. ROST, M. DICKINSON, J. J. WERNER, P. DICKINSON, J. L. SMITH et B. GALLOVIC. « Barriers to initiating depression treatment in primary care practice (obstacles au traitement de la dépression dans une pratique de soins primaires) »,**

***J Gen Intern Med.*, vol. 17, n° 2, février 2002, p. 103-111. <PubMed>**

Nutting et ses collaborateurs (2002) examinent les obstacles au traitement de la dépression en phase aiguë dans une pratique de soins primaires. L'étude portait sur 66 patients d'un essai clinique comparatif à répartition aléatoire qui n'ont pas entrepris de traitement. On a eu recours à des méthodes qualitatives pour dresser une liste de contrôle des obstacles aux soins que des médecins et des gestionnaires de soins infirmiers ont recensés. Les médecins ont ensuite coché les éléments pertinents de la liste de contrôle pour les 66 patients. Les obstacles centrés sur le patient (76 pour cent) étaient les plus importants; les obstacles centrés sur le médecin suivaient avec un pourcentage nettement moins élevé (15 pour cent), et les obstacles liés au système (9 pour cent) venaient en dernier. Parmi les facteurs centrés sur le patient, mentionnons la résistance au diagnostic ou au traitement, la non-observance des visites médicales et les problèmes psychosociaux. Les facteurs centrés sur le médecin comprenaient des cas où le médecin exprime un avis en contradiction avec les directives, tandis que le plus important obstacle lié au système était la gestion des médicaments du patient par un spécialiste en santé mentale extérieur à la pratique. Les auteurs concluent que l'incapacité d'administrer un traitement ne peut être simplement attribuée au piètre rendement d'un médecin; c'est un processus beaucoup plus complexe que ce que l'on en connaît actuellement.

**Z**

**OISHI, S. M., R. SHOAI, W. KATON, C. CALLAHAN, J. UNÜTZER; chercheurs de l'essai IMPACT (*Improving Mood: Promoting Access to Collaborative Treatment* – amélioration de l'humeur : promouvoir l'accès au traitement collaboratif), « Impacting late life depression: integrating a depression intervention into primary care (incidence sur la dépression chez les personnes très âgées : intégrer aux soins de santé primaires une intervention pour soigner la dépression) », *Psychiatr Q.*, vol. 74, n° 1, printemps 2003, p. 75-89. <PubMed>**

Oishi et ses collaborateurs (2003) ont fait une étude qualitative sur les gestionnaires de soins contre la dépression qui ont participé à l'essai IMPACT (*Improving Mood: Promoting Access to Collaborative Treatment*) aux États-Unis. Le but de l'étude était de documenter les interventions en soins collaboratifs pour la dépression chez les personnes très âgées, durant l'introduction du modèle dans de vrais établissements de soins primaires. Grâce à deux groupes de discussion et des entrevues de suivi avec 11 des 16 gestionnaires de soins contre la dépression, les auteurs ont étudié des éléments clés du modèle. Parmi les facteurs qui constituent un soutien efficace des soins aux patients, il y avait la supervision du fournisseur de soins primaires par le psychiatre et la communication avec celui-ci, les mécanismes informatisés de suivi des patients, les réunions d'équipe hebdomadaires, ainsi que les outils d'évaluation des résultats. L'intégration était facilitée par des éléments comme les détails des protocoles, le cadre environnemental, la formation et des facteurs interpersonnels. Les facteurs de recherche qu'il faudrait conserver dans les applications ultérieures à l'essai sont les suivants : la recherche de cas, la durée de l'intervention et le nombre de cas, la documentation, le soutien des gestionnaires des soins contre la dépression et de la consultation psychiatrique.

**ÓLAFSDÓTTIR M., J. MARCUSSON et I. SKOOG. « Mental disorders among elderly people in primary care: the Linköping study (désordres mentaux chez les personnes âgées dans le contexte des soins primaires : l'étude Linköping) », *Acta Psychiatr Scand*, vol. 104, n° 1, juillet 2001, p. 12-18. <PubMed>**

Ólafsdóttir et ses collaborateurs (2001) ont fait une étude visant à déterminer la prévalence des troubles mentaux chez les suédois âgés recevant des soins primaires et à comparer les diagnostics établis durant des entrevues psychiatriques à ceux qui sont indiqués aux dossiers médicaux. On a établi une prévalence des troubles mentaux de 33 pour cent sur un échantillon de population de 350 patients de 70 ans et plus. De ce nombre, 49 pour cent avaient un diagnostic de trouble psychiatrique dans leur dossier et 17 à 38 pour cent recevaient des soins psychiatriques. Durant les entrevues psychiatriques, on a observé des symptômes psychiatriques chez les patients dont le dossier ne contenait aucun diagnostic de troubles mentaux. Les patients souffrant de troubles mentaux étaient plus souvent des femmes, leur dossier médical indiquait un plus grand nombre de visites chez le médecin et de diagnostics, et on leur prescrivait plus de médicaments. Les auteurs ont conclu que dans l'ensemble, le taux de détection des troubles psychiatriques chez les personnes âgées était peu élevé et qu'il fallait améliorer la détection et le traitement dans le contexte des soins primaires.



**O'MALLEY, S. S., B. J. ROUNSAVILLE, C. FARREN, K. NAMKOONG, R. WU, J. ROBINSON et P. G. O'CONNOR.** « Initial and maintenance naltrexone treatment for alcohol dependence using primary care vs specialty care: a nested sequence of 3 randomized trials (traitement initial et d'entretien au naltrexone pour soigner la dépendance à l'alcool dans un contexte de soins primaires, par rapport à un contexte de soins spécialisés : une séquence hiérarchique de trois essais à répartition aléatoire) », *Arch Intern Med*, vol. 163, n° 14, 28 juillet 2003, p. 1695-1704. <PubMed>

Dans leur étude, O'Malley et ses collaborateurs (2003) comparent l'administration de naltrexone dans le contexte des soins primaires et dans le contexte des soins spécialisés pour soigner la dépendance à l'alcool. Ce médicament est traditionnellement utilisé en association avec la thérapie cognitivo-comportementale dans les programmes de lutte contre la dépendance visant à traiter les alcooliques. Les auteurs comparent, sur une période de 10 semaines, l'efficacité de ce modèle traditionnel à celle d'un modèle de soins primaires incluant du counseling et un traitement au naltrexone. Une deuxième étude a suivi pour déterminer si l'utilisation continue du naltrexone pendant une autre période de 6 mois permettrait de maintenir efficacement la réponse initiale au traitement à court terme et au suivi en soins primaires, ou à la thérapie cognitivo-comportementale. Les deux méthodes se sont révélées efficaces à court terme. Les résultats des essais sur la phase d'entretien indiquent que les deux approches peuvent optimiser la réponse à long terme. Il est donc possible d'administrer ce type de traitement dans les établissements de soins primaires, ce qui veut dire qu'un plus grand nombre de personnes qui sont réticentes à se prévaloir d'un programme de traitement spécialisé, mais ouvertes à être traitées dans un établissement de soins primaires, pourrait éventuellement avoir accès à ce traitement.

**OSHER, F. C.** « Co-occurring addictive and mental disorders (troubles concomitants de santé mentale et de dépendance) », dans : R.W. Manderscheid et M. J. Henderson, auteurs, *Mental Health, United States, 2000*; M. D. Rockville : U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Administration, Center for Mental Health Services, [2001], rapport SMA01-3537. Disponible à : <http://www.mentalhealth.samhsa.gov/publications/allpubs/SMA01-3537/chapter10.asp>

Dans son étude approfondie des troubles concomitants faisant l'objet du rapport *Mental Health, United States, 2000*, du U.S. Department of Health and Human Services, Osher (2001) examine ces troubles sur le plan de l'épidémiologie, des résultats dans les systèmes traditionnels, des données thérapeutiques factuelles, des principes de soins ainsi que des obstacles et des solutions. Il a observé que les personnes souffrant de troubles concomitants ont grandement besoin de soins primaires et de thérapies comportementales. Pour que l'on puisse répondre à leurs besoins, il faut un grand éventail de services, de ceux qui sont totalement intégrés à ceux qui sont spécialisés. Osher fait ressortir le modèle générique des troubles concomitants de l'État de New York, celui du lieu géographique de prestation des soins.

**OXMAN, T. E., A. J. DIETRICH et H. C. SCHULBERG.** « The depression care manager and mental health specialist as collaborators within primary care (le gestionnaire de soins contre la dépression et le spécialiste en santé mentale en tant que collaborateurs dans les soins primaires) », *Am J Geriatr Psychiatry*, vol. 11, n° 5, septembre-octobre 2003, p. 507-516. <PubMed>

Dans une étude approfondie de quatre essais cliniques américains sur la dépression chez les personnes âgées, Oxman et ses collaborateurs

(2003) examinent en détail l'incidence que peut avoir le fait de changer le système de soins contre la dépression en faisant appel à des gestionnaires de cas et à des spécialistes en santé mentale dans les établissements de soins primaires. Le synopsis des quatre études donne au lecteur un accès rapide et complet à ce bloc de connaissances de plus en plus étendu sur le traitement de la dépression et le rôle des modèles de soins collaboratifs. Dans l'ensemble, les études indiquent que les personnes âgées ont plus de chances de répondre aux traitements collaboratifs dans un établissement de soins primaires que dans le cadre de programmes de santé mentale. Quand on change le système pour faire appel à une approche multiforme de traitement, les résultats semblent meilleurs que dans les approches habituelles de soins. Les résultats de ces études préconisent d'avoir recours à des gestionnaires de soins contre la dépression dans des établissements de soins primaires, et de confier un rôle de supervision et de consultation aux professionnels spécialisés en santé mentale.

**OXMAN, T. E., A. J. DIETRICH, J. W. WILLIAMS JR, K. KROENKE.** « **A three-component model for reengineering systems for the treatment of depression in primary care (modèle en trois volets pour la restructuration des systèmes de traitement de la dépression dans les établissements de soins primaires)** », *Psychosomatics*, vol. 43, n° 6, nov.-déc. 2002, p. 441-450. <PubMed>

Oxman et ses collaborateurs (2002) ont mis au point un modèle en trois volets pour étudier la possibilité de transférer des programmes éprouvés de traitement de la dépression à de vrais établissements de soins de santé primaires. Leur modèle comportait trois volets : la pratique préparée, la gestion des soins et l'amélioration du soutien en santé mentale assuré par des spécialistes en santé mentale. Le modèle est axé sur une série d'actes médicaux (processus de diagnostic et de traitement, avec échancier) et de nouvelles définitions de responsabilité, y compris celles d'un gestionnaire de cas travaillant

au téléphone. On a utilisé une mesure du diagnostic et de la gravité des cas pour faciliter la communication entre travailleurs et les décisions relatives au traitement.

**PACE, T. M., J. M. CHANEY, L. L. MULLINS et R. A. OLSON.** « **Psychological consultation with primary care physicians: obstacles and opportunities in the medical setting (consultation psychologique avec des omnipraticiens : obstacles et occasions dans un établissement médical)** », *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 26, n° 2, avril 1995, p. 123-131.

Pace et ses collaborateurs (1995) présentent un modèle intégré incluant un modèle comportemental et une théorie des systèmes pour assurer une consultation psychologique efficace avec des omnipraticiens. Cette approche repose sur la théorie des systèmes tout en se concentrant sur les résultats mesurables, les interventions multiniveaux et les avantages des approches interdisciplinaires ou transdisciplinaires de travail en équipe. Le modèle préconise le ciblage simultané des actions à différents niveaux des systèmes concernés, entre autres celui du patient, de sa famille, du médecin et d'autres professionnels. Le psychologue examine la définition du problème, les solutions proposées ainsi que leurs effets sur chaque sous-système. L'évaluation de ce système se fait en cinq étapes :

1. évaluation des raisons pour lesquelles le patient est orienté vers les soins et la relation médecin-patient;
2. évaluation de la relation thérapeutique;
3. développement de cette relation;
4. évaluation du système plus vaste (c'est-à-dire des sources plus éloignées de prestation de soins) et de son influence possible sur le problème;
5. éducation du médecin et des tiers appartenant à d'autres sous-systèmes de soins de santé au chapitre des stratégies d'intervention spécifiques, pratiques et de nature empirique.

**PAPA, P. A., C. RECTOR et C. STONE.**  
**« Interdisciplinary collaborative training for school-based health professionals (formation interdisciplinaire collaborative pour les professionnels de la santé en milieu scolaire) », *J Sch Health*, vol. 68, n° 10, décembre 1998, p. 415-419. <PubMed>**

Papa et ses collaborateurs (1998) décrivent les divers projets éducatifs axés sur la formation d'équipes interdisciplinaires travaillant dans des centres de santé en milieu scolaire aux États-Unis. Ils expliquent deux projets — le California State University *Interprofessional Collaboration Training Project* (projet de formation interprofessionnelle collaborative de l'université de la Californie) et le *Catholic University of America School Nurse Practitioner Program* (programme à l'intention des infirmières praticiennes en milieu scolaire de la Catholic University of America) — ils examinent brièvement l'évaluation des deux programmes et expliquent les répercussions pour les établissements d'enseignement. Les auteurs concluent que la formation collaborative des médecins et des infirmières peut contribuer à améliorer la prestation des soins en milieu scolaire ainsi que la réponse aux besoins des collectivités.

**PARTHASARATHY, S., J. MERTENS, C. MOORE et C. WEISNER.** « Utilization and cost impact of integrating substance abuse treatment and primary care (utilisation et incidence sur les coûts de l'intégration du traitement de la toxicomanie et des soins primaires) », *Medical Care*, vol. 41, n° 3, mars 2003, p. 357-367. <PubMed>

Dans une étude comparative à répartition aléatoire, Parthasarathy et ses collaborateurs (2003) ont comparé l'utilisation du traitement intégré de la toxicomanie et les coûts des soins de santé connexes à ceux associés aux soins de santé indépendants. Les résultats d'un modèle de soins intégrés employé dans un programme de rétablissement en clinique externe pour chimiodépendants ont été comparés à ceux d'un modèle distinct de soins indépendants dans

lequel les soins médicaux sont dispensés dans des cliniques de soins primaires d'organisations de soins de santé intégrés. Les mesures ont été prises au début de l'étude et après douze mois. Dans l'ensemble de l'échantillon, aucune différence importante sur le plan statistique n'a été constatée entre les deux groupes au fil du temps. Les taux d'hospitalisation, les jours d'hospitalisation et l'utilisation de la salle d'urgence du sous-groupe de patients souffrant de troubles médicaux liés à leur toxicomanie faisant partie du groupe des soins intégrés ont connu une baisse importante. Les frais médicaux pour chaque mois de l'étude ont aussi diminué chez ce sous-groupe. Pour ce qui est des patients souffrant de problèmes médicaux liés à leur toxicomanie et faisant partie du groupe de soins indépendants, on a constaté une tendance à la baisse des jours d'hospitalisation et des coûts des services d'urgence, mais aucune diminution importante du total des frais médicaux. Ainsi, les conclusions générales n'appuyaient pas l'utilisation du traitement intégré pour tous les groupes de patients.

**PATTERSON, J., R. J. BISCHOFF et L. MCINTOSH-KOONTZ.** « Training issues in integrated care (défis que représente la formation pour les soins intégrés) », parution dans : *Blount A, editor, Integrated primary care: the future of medical and mental health collaboration*, New York : Norton, 1998, p. 261-284.

Patterson et ses collaborateurs (1998) décrivent la formation des étudiants en médecine et en science du comportement dans un établissement intégré. À ce moment, le programme était unique; les défis relevés pendant son établissement ont été rapportés dans d'autres ouvrages. Les auteurs développent leur hypothèse voulant que les modèles de pratique et de formation auxquels les cliniciens sont exposés pendant leurs études influent grandement sur leurs stratégies de pratique. Ils traitent également de l'échange dynamique entre les efforts constants déployés pour examiner, modifier et évaluer les modèles de soins intégrés et les efforts déployés pour

concevoir le cours de formation. Ils arrivent à la conclusion qu'il faut faire preuve de souplesse dès le début pour pouvoir aller de l'avant.

**PAXTON, R., S. SHRUBB, H. GRIFFITHS, L. CAMERON et L. MAUNDER.** « Tiered approach: matching mental health services to needs (approche progressive : adaptation des services de santé mentale aux besoins) », *Journal of Mental Health*, vol. 9, n° 2, avril 2000, p. 137-144.

Paxton et ses collaborateurs (2000) ont élaboré une approche progressive pour adapter les services de santé mentale aux besoins dans le cadre d'un projet appliqué à l'échelle du système, à Northumberland, en Angleterre. Leur plan établit un équilibre entre les besoins des personnes souffrant de troubles mentaux graves et ceux d'un plus grand nombre de personnes souffrant de problèmes de santé mentale moins invalidants, mais probablement tout aussi pénibles. Les auteurs décrivent leur plan, les avantages qu'il devrait donner, les problèmes rencontrés et les progrès réalisés quant à sa mise en œuvre et à son évaluation.

**PEEK, C. J. et R. L. HEINRICH.** « Integrating primary care and mental health in a health care organization: from pilot to mainstream (intégration des soins primaires et de la santé mentale dans une organisation de soins de santé : de la phase pilote à la phase grand public) », parution dans : *Blount A, editor, Integrated primary care: the future of medical and mental health collaboration*, New York : Norton, 1998, p. 167-202.

Peek et Heinrich (1998) décrivent les changements culturels qui se produisent dans les organisations où l'on dispense des soins intégrés pendant une longue période. Ils mettent en évidence la transition des soins intégrés de la phase pilote à une mise en œuvre complète dans le cadre d'un programme de soins de santé plus important. La perspective de la gestion est bien formulée dans cet examen de la question.

**PETERSEN, I.** « Comprehensive integrated primary mental health care for South Africa. Pipedream or possibility? (soins primaires en santé mentale intégrés et complets pour l'Afrique du Sud; rêve ou possibilité? ) », *Social Science and Medicine*, vol. 51, n° 3, 1<sup>er</sup> août 2000, p. 321-334. <PubMed>

Dans son survol des récentes modifications apportées à la prestation des soins primaires en santé mentale en Afrique du Sud, Petersen (2000) exprime sa préoccupation devant le fait qu'elles ne garantissent pas la prestation de soins primaires en santé mentale intégrés et complets, comme prévu. Pour qu'il y ait des soins vraiment intégrés, il faut effectuer un virage vers des soins plus complets qui englobent la santé mentale. L'auteur traite des obstacles à l'inclusion des soins de santé mentale dans son examen d'un sous-district de services de santé et propose quatre facteurs pour la restructuration du système de santé : soutien au travail émotionnel, promotion de la santé, habilitation des utilisateurs de services et fourniture de soins tenant compte de la subjectivité des patients au sujet de la maladie.

**PETERSEN, I.** « Training for transformation: reorientating primary health care nurses for the provision of mental health care in South Africa (la transformation par la formation : réorientation du personnel infirmier de premier recours pour la prestation de soins de santé mentale en Afrique du Sud) », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 30, n° 4, octobre 1999, p. 907-915. <PubMed>

Petersen (1999) a étudié le recours à un programme de formation en santé mentale pour réorienter le personnel infirmier de premier recours en Afrique du Sud. L'apport récent de modifications dans ce pays a mené à l'élaboration d'un plan ambitieux concernant l'adoption d'un modèle de soins de santé mentale communautaires intégré dans le système de soins de santé primaires. L'un des fondements nécessaires à ce changement est la formation du personnel soignant de premier recours. Pour ce faire, on a élaboré un

programme de réorientation qui comprenait : le rôle du personnel infirmier de premier recours dans le système de santé mentale du district; la révision de la portée réduite de l'approche psychiatrique pour la reconnaissance et la prise en charge des troubles mentaux au premier niveau de soins; l'idéologie du personnel infirmier et sa subsomption dans le système médical; la prestation de soins adaptés aux cultures; un cadre d'évaluation des problèmes dans une perspective de soins complets; les compétences relatives à un système de soins complets englobant la relation soignant-soigné et le processus des soins complets. À l'aide d'un modèle de recherche qualitative et quantitative quasi expérimentale par séries chronologiques, Petersen a constaté que la personnalité et les facteurs contextuels avaient des effets médiateurs sur la capacité du personnel infirmier à dispenser des soins de santé mentale complets. Elle a indiqué que le nouveau programme devait permettre la réorientation de tout personnel soignant de façon que tous les intervenants adoptent les modifications du paradigme des soins, y compris les utilisateurs de services (p. ex. en reconnaissant qu'il existe des modèles autres que le modèle biomédical pour expliquer la maladie). Elle met aussi l'accent sur la nécessité de changer les systèmes de prestation (p. ex. les heures et le mode d'ouverture des cliniques, le personnel infirmier qui pratique dans des cliniques hors de sa collectivité) et de gestion en place pour accorder un pouvoir et un statut accru au personnel infirmier à titre de praticiens de premier recours dans le système et leur permettre de dispenser directement des soins aux personnes.

**PIGNONE, M. P., B. N. GAYNES, J. L. RUSHTON, C. M. BURCHELL, C. T. ORLEANS, C. D. MULROW et K. N. LOHR.** « **Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force (dépistage de la dépression chez les adultes : un résumé des données probantes recueillies pour le U.S. Preventive Services Task Force)** », *Annals of Internal Medicine*, vol. 136, n° 10, mai 2002, p. 765-776.  
<PubMed> <FullText>

Dans leur court article, Pignone et ses collaborateurs (2002) résument des données probantes tirées de recherches qui soutiennent la recommandation de l'U.S. Preventive Services Task Force voulant que les adultes soient soumis à un dépistage de la dépression dans des établissements de soins primaires. Ces données probantes ont été obtenues grâce à une recherche effectuée dans la base de données MEDLINE (de janvier 1994 à août 2001) dont le but était de trouver des publications sur la dépression ou les troubles dépressifs et les instruments de dépistage; on a cherché des articles plus anciens en consultant la seconde édition du *Guide to Clinical Preventive Services*, des examens systémiques récents et des recherches ciblées dans MEDLINE pour la période allant de 1966 à 1994. Deux examinateurs ont déterminé l'admissibilité des articles à inclure. Le premier a relevé les données probantes dans ces articles et a réalisé des tableaux de données, tandis que le second en a vérifié l'exactitude en les comparant aux articles originaux. Dans l'ensemble, on a trouvé des données probantes qui soutiennent la recommandation voulant que les adultes soient soumis à un dépistage de la dépression. L'exactitude des instruments de dépistage de la dépression chez les adultes affichait une sensibilité de 80 à 90 pour cent et une spécificité de 70 à 85 pour cent.

P

**PINCUS, H. A.** « **The future of behavioral health and primary care: drowning in the mainstream or left on the bank? (Avenir de la santé comportementale et des soins primaires : perdu dans la masse ou laissé à l'écart?)** », *Psychosomatics*, vol. 44, n° 1, janvier-février 2003, p. 1-11. <PubMed>

Pincus (2003) commence sa revue des soins en collaboration en se demandant pourquoi les troubles mentaux et les problèmes psychosociaux sont perçus si différemment des autres problèmes gérés couramment dans le contexte des soins primaires. Il examine les caractéristiques des troubles mentaux qui les distinguent d'autres maladies et les obstacles à l'implantation de soins en collaboration. Jetant un regard sur l'avenir, Pincus illustre un certain nombre de tendances dans le système de santé qui peuvent avoir une répercussion importante sur les soins en collaboration. Il propose un cadre général de prestation des soins de santé mentale à l'intérieur même du continuum des soins primaires et spécialisés que l'on pourrait utiliser dans les discussions sur les rôles, les niveaux de soins et les groupes de clients des systèmes de soins de santé locaux.

**PIRKIS, J., H. HERRMAN, I. SCHWEITZER, A. YUNG, M. GRIGG et P. BURGESS.** « **Evaluating complex, collaborative programmes: the Partnership Project as a case study (évaluation de programmes de collaboration complexes : le Partnership Project en tant qu'étude de cas)** », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 35, n° 5, octobre 2001, p. 639-646. <PubMed>

Pirkis et ses collaborateurs (2001) présentent une évaluation détaillée du Partnership Project (projet de partenariat) de l'Australie, un projet-pilote conçu pour promouvoir les soins en collaboration entre les psychiatres privés et les services de soins de santé primaires à Melbourne. Les auteurs traitent de questions théoriques et pratiques telles que les niveaux de collaboration, l'évaluation des programmes pour améliorer les liens ainsi que les caractéristiques d'une bonne

évaluation. Ils présentent un modèle détaillé qui peut servir à évaluer d'autres programmes de collaboration.

**PIRKIS, J., J. LIVINGSTON, H. HERRMAN, I. SCHWEITZER, L. GILL, B. MORLEY, M. GRIGG, A. TANAGHOW, A. YUNG, T. TRAUER et P. BURGESS.** « **Improving collaboration between private psychiatrists, the public mental health sector and general practitioners: evaluation of the Partnership Project (amélioration de la collaboration entre les psychiatres privés, le secteur public de la santé mentale et les omnipraticiens : évaluation du Partnership Project)** », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 38, n° 3, mars 2004, p. 125-134. <PubMed>

Le Partnership Project (Projet de partenariat) de l'Australie (de septembre 2000 à août 2002) avait pour objectif d'améliorer les liens entre les services publics de santé mentale et les psychiatres privés et, aussi, d'améliorer les résultats des patients âgés de 18 ans et plus vivant dans une région de Melbourne où le nombre de psychiatres privés par habitant est élevé, mais comptant peu d'ententes de soins partagés. Pirkis et ses collaborateurs (2004) décrivent deux volets du projet. Le premier volet, la Linkage Unit (Unité de liens), avait pour but d'améliorer la prestation de services pour chaque patient et de favoriser le changement à l'échelon des systèmes et des cultures pour assurer la poursuite de la collaboration entre les secteurs publics et privés. Le second volet portait sur l'élargissement des rôles – les numéros utilisés par les psychiatres privés participants pour facturer des activités autres que des soins dispensés directement aux patients. La Linkage Unit a collaboré à 224 épisodes de soins en collaboration, dont bon nombre ont donné des résultats positifs pour les patients et les fournisseurs de soins. À l'échelon des systèmes, la Linkage Unit a modifié les procédures et a accru la sensibilisation à la collaboration. Trente-deux psychiatres ont élargi leur rôle et facturé un total de 78 032 \$ (dollars australiens) pendant

la période d'étude de deux ans. Le rôle élargi était principalement celui de superviseur, lequel représentait 80 pour cent des heures et des frais totaux des psychiatres. Dans l'ensemble, le projet a permis d'améliorer les soins en collaboration et d'accroître les possibilités de supervision et de formation. Les coûts et les avantages constatés justifient une étude plus poussée de la question.

**POLLACK, D. A. « The mental health provider's view (point de vue du fournisseur de soins de santé mentale) », *New Directions in Mental Health Services*, n° 81, printemps 1999, p. 25-32. <PubMed>**

Pollack (1999) met en évidence les questions associées à un système de soins primaires en santé mentale intégrés qui établit des liens de consultation efficaces avec les soins médicaux primaires. Il explore les avantages et les différences entre les sphères des soins primaires et de la santé mentale et établit des possibilités de soins en collaboration. Les questions de communication au sein d'un programme intégré sont explorées; par exemple, le partage des renseignements sur les patients est nécessaire, la confidentialité est moins préoccupante puisque l'information circule à l'interne, les communications doivent être rapides et efficaces, et le format des notes doit être similaire à celui des notes des services de premiers soins. Pollack souligne aussi qu'il faut éviter la bureaucratisation excessive des communications et le partenariat consultatif parce que la microgestion potentielle d'un professionnel par un autre qui en découle diminue, à son tour, la valeur et la signification des communications.

**POLLIN, I. et P. H. DELEON. « Integrated health delivery systems: psychology's potential role [news] (systèmes de prestation de soins intégrés : rôle potentiel de la psychologie [nouvelles]) », *Professional Psychology Research and Practice*, vol. 27, n° 2, avril 1996, p. 107-108.**

Pollin et DeLeon (1996) traitent du rôle du psychologue dans un modèle de counselling en situation de crise médicale associé à la prestation

de soins intégrés. Essentiellement, le counselling en situation de crise médicale est une thérapie courte et ciblée qui est dispensée dans un établissement de soins primaires et qui a un effet positif et à long terme sur la façon dont le patient, la famille et le système gèrent la maladie. Les auteurs relèvent deux avantages distincts de cette thérapie. Premièrement, le patient bénéficie non seulement de l'ajout de la thérapie au traitement médical, mais aussi de la fourniture de services de soutien psychosocial dans le traitement médical. Deuxièmement, ce type de traitement inclut souvent les familles; il leur offre du soutien, au besoin, et crée des occasions favorables pour qu'elles puissent dispenser des soins au patient. Pollin et DeLeon soulignent aussi la nécessité d'une alliance continue entre les médecins et les psychologues pendant le traitement, et ce, au début de l'évaluation, particulièrement lorsqu'une pharmacothérapie est indiquée.

**PRICE, D., A. BECK, C. NIMMER et S. BENSEN. « The treatment of anxiety disorders in a primary care HMO setting (traitement des troubles anxieux dans une organisation de soins de santé intégrés offrant des soins primaires) », *Psychiatric Quarterly*, vol. 71, n° 1, printemps 2000, p. 31-45. <PubMed>**

Price et ses collaborateurs (2000) résument leur adaptation d'un modèle intégré de soins primaires en santé mentale destiné au traitement des troubles anxieux dans une organisation de soins de santé intégrés. Ils présentent ensuite les résultats d'interventions menées auprès d'une cohorte de personnes souffrant d'un trouble anxieux généralisé et d'un trouble anxieux important sur le plan clinique causé par un trouble dépressif majeur. Comparativement à ceux recevant les soins habituels, les patients ayant fait l'objet de l'intervention avaient des symptômes d'anxiété manifestement atténués au bout de six mois et étaient plus satisfaits des soins. Le modèle intégré a permis de traiter efficacement les personnes souffrant d'anxiété dans un établissement de soins primaires.

P

**QUIRK, M. P., G. SIMON, J. TODD, T. HORST, M. CROSIER, B. EKORENRUD, R. GOEPFERT, N. BAKER, B. STEINFELD, M. ROSENBERG et K. STROSAHL.** « **A look to the past, directions for the future (un regard vers le passé, une orientation pour l'avenir)** », *Psychiatric Quarterly*, vol. 71, n° 1, printemps 2000, p. 79-95. <PubMed>

Quirk et ses collaborateurs (2000) décrivent l'historique d'une approche bien connue aux États-Unis dans les soins primaires en santé mentale, le Group Health Cooperative. L'information présentée répond à une série de questions : Pourquoi devrait-on intégrer les soins primaires et la santé comportementale? Quelles sont les réalisations à ce jour et dans quelle mesure ont-elles donné des résultats? Quelle est l'image idéalisée de l'intégration dans le futur? Comment peut-on atteindre l'objectif visé et qu'est-ce qui facilitera les efforts ou leur nuira? Pourquoi consentir ces efforts? Cet examen approfondi porte sur un certain nombre de points clés ayant trait à la collaboration, y compris la participation des patients, le financement, le changement culturel dans les soins primaires, les outils d'aide à la décision structurels et les questions non résolues qui nécessitent un suivi si l'intégration doit se faire.

**QURESHI, N. A., Y. S. AL-GHAMDY, N. S. AL-HADDAD, M. H. ABDELGADIR et M. H. TAWFIK.** « **Integration of mental health care into primary care: preliminary observations of continuing implementation phase (Intégration des soins de santé mentale aux soins primaires : observations préliminaires sur la phase continue de mise en œuvre)** », *Saudi Medical Journal*, vol. 22, n° 10, octobre 2001, p. 899-906. <PubMed>

Qureshi et ses collaborateurs (2001) présentent les résultats préliminaires d'un programme conçu pour intégrer les soins de santé mentale aux soins primaires en Arabie Saoudite. Les auteurs exposent en détail le programme de formation psychiatrique intensif à court terme destiné au personnel médical et paramédical qui a permis

de préparer avec succès les trois premiers groupes d'intervenants médicaux à appliquer le programme intégré. Les auteurs recommandent que ce programme de formation soit fortement utilisé dans leur pays.

**RAUE, P. J., G. S. ALEXOPOULOS, M. L. BRUCE, S. KLIMSTRA, B. H. MULSANT et J. J. GALLO.** « **The systematic assessment of depressed elderly primary care patients (évaluation systématique des patients âgés dépressifs recevant des soins primaires)** », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 16, n° 6, juin 2001, p. 560-569. <PubMed>

Raue et ses collaborateurs (2001) traitent du processus de sélection des évaluations employé dans les études sur les soins primaires. Parmi les points critiques indiqués dans les études sur le traitement des personnes âgées dépressives par les services de soins primaires, mentionnons le temps et l'espace limités ainsi que le poids que cela représente pour les personnes âgées. Les évaluations effectuées dans le cadre d'une telle recherche doivent présenter un équilibre entre l'obtention de renseignements valables sur le plan clinique et ces facteurs. Les évaluations des personnes âgées doivent aussi tenir compte du comportement suicidaire, du désespoir, de la toxicomanie, de l'impotence, de l'anxiété, de la comorbidité médicale, du fonctionnement cognitif, du soutien social, de l'utilisation de services et de la satisfaction à l'égard des services. Les approches suggérées sont formulées dans le contexte de l'étude PROSPECT, qui est un essai conjoint sur la prévention du suicide chez les personnes âgées recevant des soins primaires et à laquelle ces auteurs ont contribué.



**RAYMOND, J., H. KIRKWOOD et J. LOOI.**  
**« Commitment and collaboration for excellence in older persons' mental health: the ACT experience (engagement et collaboration pour atteindre l'excellence dans le domaine de la santé mentale chez les personnes âgées : expérience du TCA) », *Australas Psychiatry*, vol. 12, n° 2, juin 2004, p. 130-133. <PubMed>**

Raymond et ses collaborateurs (2004) exposent en détail l'établissement d'un service de santé mentale pour personnes âgées dans la région de la capitale de l'Australie. Ils décrivent l'évolution d'un modèle de service de consultation-liaison offert à l'origine par deux professionnels dans un modèle de collaboration multidisciplinaire complet. Les activités du système telles que la planification stratégique visant l'obtention d'un financement durable pour le service, la formation, la participation d'autres partenaires communautaires à un groupe de travail sur le protocole ainsi que la tenue de réunions et de séminaires communs ont contribué à l'établissement complet de ce service qui était relié au système de soins local. Parmi les autres facteurs importants ayant contribué à l'établissement du service, mentionnons la présence d'un leadership constant, le recours à des mesures incitatives telles que la remise d'attestations de mérite aux employés, l'acquisition de connaissances auprès d'autres secteurs ayant établi de tels services et la création d'un département universitaire connexe.

**REEVES, S.** « **A systematic review of the effects of interprofessional education on staff involved in the care of adults with mental health problems (examen systématique des effets de la formation interprofessionnelle sur le personnel chargé de soigner des adultes souffrant de problèmes de santé mentale) », *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, vol. 8, n° 6, décembre 2001, p. 533-542. <PubMed>**

Dans un examen systématique des effets de la formation interprofessionnelle sur le personnel

chargé de soigner des adultes souffrant de problèmes de santé mentale, Reeves (2001) a constaté un manque de données probantes précises. Parmi les 1529 articles trouvés initialement d'après des critères d'inclusion très généraux employés dans le cadre d'une première recherche effectuée dans trois bases de données, l'auteur en a examiné 67 et en a trouvé 19 qui étaient intéressants. Bon nombre de ces études portaient sur le recours à des activités d'apprentissage en petits groupes, entre autres des discussions basées sur des séminaires, des séances collectives de résolution de problèmes et des jeux de rôles. En se servant de diverses méthodes statistiques pour analyser les données des études retenues, Reeves a constaté que, dans l'ensemble, les données probantes sur les effets de la formation interprofessionnelle étaient de piètre qualité. Il faut donc déployer plus d'efforts pour constituer une base de données probantes pour la formation interprofessionnelle.

**REILLY, S., D. CHALLIS, A. BURNS et J. HUGHES.**  
**« Does integration really make a difference? A comparison of old age psychiatry services in England and Northern Ireland (l'intégration fait-elle vraiment une différence? Comparaison des services de psychiatrie gériatrique en Angleterre et en Irlande du Nord) », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 18, n° 10, octobre 2003, p. 887-893. <PubMed>**

Dans une étude comparative des programmes de psychiatrie gériatrique, Reilly et ses collaborateurs (2003) ont examiné l'effet des structures de services intégrés sur l'intégration des soins en Angleterre et en Irlande du Nord. L'Irlande du Nord a un modèle de santé et de bien-être qui est à la fois très structuré, intégré et global. Lorsque les auteurs ont sollicité l'avis de psychiatres au moyen de sondages envoyés par la poste, ils ont constaté que les services étaient effectivement plus intégrés en Irlande du Nord et que les modalités administratives ainsi que la détermination du lieu de travail du personnel avaient entraîné une prestation de soins plus intégrée. Trois thèmes sont ressortis des sept

QR

facteurs associés à une plus grande intégration de la santé et du bien-être : la prestation de services spécialisés, l'offre d'activités de prise de contact et l'élaboration de politiques d'équipes partagées. Les auteurs concluent cependant que des structures intégrées ne donneront pas à elles seules des pratiques intégrées.

**REYNOLDS, C. F. III. « Meeting the mental health needs of older adults in primary care: how do we get the job done? (satisfaction des besoins en santé mentale des personnes âgées au niveau des soins primaires : comment s'acquitter de cette tâche) », *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol. 10, n° 1, printemps 2003, p. 109-111. <Abstract>**

Reynolds (2003) résume les résultats d'un essai comparatif à répartition aléatoire visant à comparer le modèle PROSPECT, qui est un essai conjoint sur la prévention du suicide chez les personnes âgées recevant des soins primaires, aux soins primaires habituels. Dans le modèle PROSPECT, les responsables des soins de la dépression en établissements de soins primaires supervisaient les soins d'un grand nombre de patients plus âgés et passaient leur temps à prendre en charge les patients dépressifs et à renseigner les patients et leur famille sur la dépression. Après quatre mois, le recours au modèle PROSPECT avait eu des effets positifs sur les taux de dépression majeure. L'auteur suggère l'établissement d'un modèle rentable de soins de la dépression dans le contexte des soins primaires.

**RICHARDS, A., M. BARKHAM, J. CAHILL, D. RICHARDS, C. WILLIAMS et P. HEYWOOD. « PHASE: a randomised, controlled trial of supervised self-help cognitive behavioural therapy in primary care (PHASE : essai comparatif à répartition aléatoire d'une thérapie cognitivo-comportementale d'auto-assistance supervisée dans les établissements de soins primaires) », *British Journal of General Practice*, vol. 53, n° 495, octobre 2003, p. 764-770. <PubMed>**

Richards et ses collaborateurs (2003) présentent les résultats de leur essai comparatif à répartition aléatoire et d'une thérapie cognitivo-comportementale d'auto-assistance supervisée appliquée dans des établissements de soins primaires. Les thérapies d'auto-assistance basées sur des principes cognitivo-comportementaux sont conçues pour aider les personnes à effectuer des choix et à agir en vue d'améliorer leur santé et leur bien-être. Étant donné que le traitement psychologique est limité dans les établissements de soins primaires, l'auto-assistance peut constituer une solution de rechange efficace aux soins. Cet essai a été réalisé auprès de personnes souffrant d'anxiété ou de dépression légère. L'intervention d'auto-assistance comportait trois rendez-vous, à savoir deux rendez-vous à une semaine d'intervalle et un autre, trois mois plus tard. Les résultats cliniques et les coûts d'une intervention d'auto-assistance étaient similaires à ceux des soins habituels, mais les patients étaient plus satisfaits. Cette approche peut présenter des avantages cliniques rentables à court terme pour les personnes souffrant d'anxiété et de dépression légères et modérées.

**RICHARDS, J. C., P. RYAN, M. P. MCCABE, G. GROOM et I. B. HICKIE.** « **Barriers to the effective management of depression in general practice (obstacles à la prise en charge efficace de la dépression en médecine générale)** », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 38, n° 10, octobre 2004, p. 795-803. <PubMed>

Richards et ses collaborateurs (2004) ont étudié les effets de la formation en santé mentale et du lieu d'exercice sur les attitudes des omnipraticiens à l'égard de la dépression; l'assurance face aux patients dépressifs et dans les traitements prescrits; la capacité de reconnaître les obstacles relatifs aux médecins, aux patients et à l'exercice qui peuvent entraver la prestation de soins efficaces en médecine générale; la pratique clinique courante rapportée. Un sondage a été envoyé par la poste à des omnipraticiens australiens; 420 d'entre eux ont répondu. L'ensemble des résultats indique que la formation antérieure en santé mentale des omnipraticiens a un effet positif sur leurs attitudes à l'égard des patients dépressifs ainsi que sur leur assurance et leur capacité à bien diagnostiquer les troubles mentaux courants observés dans leur clinique et à en assurer une prise en charge efficace.

**RICKETTS, T., C. SAUL, P. NEWTON et C. BROOKER.** « **Evaluating the development, implementation and impact of protocols between primary care and specialist mental health services (évaluation de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'incidence des protocoles entre les services de soins primaires et les services spécialisés de santé mentale)** », *Journal of Mental Health*, vol. 12, n° 4, août 2003, p. 369-383. Résumé disponible à l'adresse : <http://taylorandfrancis.metapress.com/openurl.asp?genre=article&eissn=1360-0567&volume=12&issue=4&page=369>

Ricketts et ses collaborateurs (2003) ont évalué l'élaboration, la mise en œuvre et l'incidence des protocoles entre les services de soins primaires et les services spécialisés de santé mentale dans un

système de santé d'Angleterre. Trois points ont eu une incidence sur l'efficacité de l'élaboration des protocoles : niveau élevé de soutien administratif, directeur de projet unique et examen des avant-projets par de nombreux intervenants. La diffusion des protocoles était réussie lorsque les cliniciens étaient rencontrés en personne et que des formateurs et des gestionnaires intervenaient. Toutefois, des changements importants apportés au système ont fait obstacle à la mise en œuvre des protocoles.

**ROBERTS, D.** « **Making the connections to aid mental health (créer des liens pour aider le secteur de la santé mentale)** », *Nursing Times*, vol. 94, n° 15, du 15 au 21 avril 1998, p. 50-52. <PubMed>

Roberts (1998) décrit les liens entre le personnel infirmier travaillant en santé mentale et celui affecté aux soins généraux, définit la pratique infirmière de liaison et explique ce en quoi consiste le modèle de collaboration en santé mentale sur le plan des soins infirmiers. Parmi les sujets ayant fait l'objet d'un bref examen, mentionnons la liaison en santé mentale; la recherche en éducation; la supervision; le soutien; la santé mentale; les soins infirmiers; la consultation professionnelle et systémique.

**ROLLMAN, B. L., B. HERBECK BELNAP, C. F. REYNOLDS, H. C. SCHULBERG et M. K. SHEAR.** « **A contemporary protocol to assist primary care physicians in the treatment of panic and generalized anxiety disorders (protocole d'aide contemporain à l'intention des médecins de premiers recours pour le traitement des troubles paniques et anxieux généralisés)** », *General Hospital Psychiatry*, vol. 25, n° 2, mars-avril 2003, p. 74-82. <PubMed>

Rollman et ses collaborateurs (2003) décrivent un programme de soins par paliers en collaboration pour le traitement des troubles paniques et anxieux dans le contexte des soins primaires, lequel programme faisait partie d'une étude comparative à répartition aléatoire réalisée

R

par le U.S. National Institute of Mental Health. Dans le cadre de ce programme, un responsable des soins effectuait des interventions cliniques et de gestion de cas par téléphone auprès de chaque patient. Le protocole thérapeutique met l'accent sur la pharmacothérapie, l'éducation des patients, l'initiation de la pharmacothérapie, le ralentissement de la pharmacothérapie, le suivi du traitement, la durée du traitement, l'absence de réponse au traitement et l'orientation vers des services de santé mentale. On mentionne aussi des préoccupations spéciales, dont la dépression comorbide, les idées suicidaires, la prise en charge de l'anxiété et les soins coordonnés ainsi que la formation et la supervision de l'intervenant responsable du patient. Les auteurs constatent que l'on a démontré l'efficacité de cette stratégie de soins en collaboration pour d'autres troubles médicaux au moyen d'essais comparatifs à répartition aléatoire, mais qu'il n'existe qu'un seul autre essai sur le trouble anxieux. Ils traitent ensuite des défis que constituent la mise en œuvre d'un tel programme dans de petites cliniques de soins primaires et dans celles n'ayant pas le soutien d'un système de soins de santé organisé pouvant absorber les frais de démarrage.

**ROMANOW, R. J. et G. P. MARCHILDON.** « Les services de psychologie et l'avenir des soins de santé au Canada », *Psychologie canadienne*, vol. 44, n° 4, novembre 2003, p. 283-295. <PubMed>

Romanow et Marchildon (2003) traitent d'un système de soins de santé canadien restructuré qui dépasse les soins hospitaliers et médicaux pour englober les soins à domicile et inclut un système de soins de santé primaires remanié. La psychologie doit jouer des rôles clés dans ce système, mais la portée de sa participation dépendra, en partie, des décisions prises sur l'éventail précis de services spécialisés qui seront financés par les fonds publics. Par exemple, si les bailleurs de fonds privilégient les soins de santé mentale à domicile dispensés par des psychiatres, des infirmières psychiatriques et des infirmières praticiennes, il y aura peu de place pour les services psychologiques spécialisés.

La reconfiguration du statut de membre dans l'équipe de soins à domicile ou l'accord d'un pouvoir discrétionnaire élargi aux responsables des soins pour qu'ils décident des interventions appropriées créeront plus de possibilités pour ces services. Les auteurs recommandent spécialement que les psychologues deviennent membres à part entière des équipes multidisciplinaires de soins primaires. En vertu de l'accord sur le renouvellement des soins de santé, les provinces et le gouvernement fédéral ont déjà convenu de rendre accessible ce type de soins primaires à 50 pour cent de leur population d'ici 2008. Les auteurs constatent que les psychologues sont bien formés et bien placés pour offrir leurs points de vue uniques sur les aspects psychosociaux des soins dispensés dans le contexte des soins primaires.

**ROST, K., P. NUTTING, J. SMITH, J. WERNER et N. DUAN.** « Improving depression outcomes in community primary care practice: a randomized trial of the quEST intervention (améliorer l'issue du traitement de la dépression dans les cliniques de soins primaires communautaires : essai aléatoire de l'intervention quEST) », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 16, n° 3, mars 2001, p. 143-149. <PubMed>

Rost et ses collaborateurs (2001) traitent des résultats de leur essai d'intervention dans des cliniques de soins primaires qui avait pour but de déterminer si la redéfinition des rôles des équipes de soins primaires améliore les résultats chez les personnes qui débutent un nouveau traitement pour une dépression majeure. Les détails de la conception de l'étude sont présentés dans un autre article (voir Rost et ses collaborateurs, 2000). Un processus de sélection préliminaire en deux étapes a été mis en place dans douze cliniques de soins primaires communautaires qui ne comptaient aucun professionnel de la santé mentale sur place. Les symptômes de la dépression ont beaucoup diminué pour le groupe de personnes qui ont commencé le nouveau traitement, et spécialement pour ceux qui rapportaient que la prise d'antidépresseurs

constituait un traitement acceptable pour leur état. Le suivi d'une courte formation en intervention par les membres des équipes de soins primaires assumant des rôles redéfinis, dont le traitement de la dépression, a grandement amélioré les résultats des personnes. On a toutefois indiqué qu'avec le temps, le maintien de ces rôles redéfinis constituait un défi.

**ROST, K., P. A. NUTTING, J. SMITH et J. J. WERNER.** « **Designing and implementing a primary care intervention trial to improve the quality and outcome of care for major depression (conception et réalisation d'un essai d'intervention dans les cliniques de soins primaires en vue d'accroître la qualité et l'issue du traitement de la dépression majeure)** », *General Hospital Psychiatry*, vol. 22, n° 2, mars-avril 2000, p. 66-77. <PubMed>

Rost et ses collaborateurs (2000) décrivent comment ils ont conçu un essai d'intervention dans les cliniques de soins primaires en vue d'accroître la qualité et l'issue du traitement de la dépression majeure. Un programme de téléconférences a servi à former les médecins et le personnel infirmier de premier recours sur la façon de dispenser des soins efficaces en l'absence de professionnels de la santé mentale, étant donné qu'il n'y en a pas assez pour chaque clinique de soins primaires. Le personnel infirmier et administratif a aussi suivi une formation individuelle. Un budget détaillé de l'intervention est inclus. Les résultats de l'intervention sont décrits dans un autre article (voir Rost et ses collaborateurs, 2001).

**RUSSELL, G. et L. POTTER.** « **Mental health issues in primary healthcare (problèmes de santé mentale dans le contexte des soins primaires)** », *Journal of Clinical Nursing*, vol. 11, n° 1, janvier 2002, p. 118-125. <PubMed>

Russell et Potter (2002) ont étudié les problèmes de santé mentale dans le contexte des soins primaires pour mieux comprendre les besoins des professionnels au Royaume-Uni en matière de formation en santé mentale. Ils font valoir que les problèmes de santé mentale auxquels les professionnels de premier recours font face peuvent être différents de ceux rencontrés par les intervenants dans le contexte des soins secondaires en santé mentale. Les intervenants de premiers recours peuvent avoir besoin d'un ensemble modeste de compétences et d'une approche particulière en matière de formation en santé mentale. Au moyen d'une série de groupes de discussion et d'entrevues semi-dirigées auxquels des professionnels de toutes les disciplines et des utilisateurs de services ont participé, les auteurs ont exploré les problèmes cliniques qui se posent dans la pratique courante : expériences avec la dépression, troubles alimentaires, anxiété, toxicomanie, psychoses et autres problèmes généraux de santé mentale. Les résultats ont révélé un besoin de connaissances et de compétences de base en matière de santé mentale chez tous les professionnels de premier recours; l'amélioration de l'accès au deuxième échelon de service; l'établissement de protocoles d'évaluation, de traitement et d'orientation adaptés aux conditions locales, telles que la géographie, la culture, les rôles envisagés et les conflits. Les auteurs ont également relevé qu'il fallait modifier le paradigme pour promouvoir des pratiques qui favorisent vraiment le bien-être psychologique (voir p. 124). Les auteurs concluent que la formation des professionnels de premier recours devrait être fondée sur des mesures plus générales que celles décrites dans la politique actuelle, le *National Service Framework for Mental Health*.

R

**RUTTER, D., C. MANLEY, T. WEAVER, M. J. CRAWFORD et N. FULOP.** « Patients or partners? Case studies of user involvement in the planning and delivery of adult mental health services in London (patients ou partenaires?, études de cas sur la participation des utilisateurs à la planification et à la prestation de services de santé mentale pour adultes à Londres) », *Social Science and Medicine*, vol. 58, n° 10, mai 2004, p. 1973-1984. <PubMed>

Rutter et ses collaborateurs (2004) ont entrepris une série d'études de cas sur la participation des utilisateurs à la planification et à la prestation de services de santé mentale pour adultes à Londres, en Angleterre. Étant donné la hausse des demandes concernant la participation de tous les utilisateurs à la prestation des soins, l'examen de la participation actuelle devient un facteur important. On s'est servi de méthodes qualitatives pour évaluer le type de participation requis dans la planification de la prestation de services dans deux groupes de santé mentale ainsi que les différences dans les attentes des divers intervenants. Selon les résultats, les utilisateurs participaient, mais les fournisseurs continuaient de prendre des décisions et de forcer les utilisateurs à accepter les programmes et les pratiques de gestion en place. Les utilisateurs qui voulaient avoir une influence plus importante, des résultats plus concrets et l'implantation d'un partenariat ou d'un partage du pouvoir étaient déçus. Les auteurs présentent aussi des conseils pour améliorer la planification et la gestion des services.

**RYAN-NICHOLLS, K. D., F. E. RACHER et J. R. ROBINSON.** « Providers' perceptions of how rural consumers access and use mental health services (perceptions des fournisseurs quant à l'accès aux services de santé mentale et à leur utilisation dans les milieux ruraux) ». *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, vol. 41, n° 6, juin 2003, p. 34-43. <PubMed>

Ryan-Nicholls et ses collaborateurs (2003) ont étudié les perceptions des fournisseurs quant à l'accès aux services de santé mentale et à leur utilisation dans les milieux ruraux du Manitoba. Les auteurs présentent un examen détaillé des difficultés reliées à la prestation de soins de santé mentale en milieu rural et résumant les résultats qu'ils ont obtenus sous un certain nombre de sujets clés : effort de communication et travail d'équipe, sensibilisation et disponibilité des ressources communautaires, accès aux services de santé mentale dans la collectivité, barrières liées aux attitudes, clarification des programmes et des rôles, difficultés entourant la planification des congés, questions d'ordres juridiques, orientation des patients et communication interorganisation, etc.

**SAITZ, R, N. J. HORTON, M. J. LARSON, M. WINTER et J. H. SAMET.** « Primary medical care and reductions in addiction severity: a prospective cohort study (soins médicaux primaires et diminution de la gravité de la toxicomanie : étude prospective de cohortes) ». *Addiction*, vol. 100, n° 1, janvier 2005, p. 70-8. <PubMed>

Dans leur étude prospective de cohortes d'adultes participants à un essai comparatif visant à améliorer les liens avec les intervenants du milieu des soins primaires, Saitz et ses collaborateurs (2005) ont évalué les effets des soins médicaux primaires chez des adultes toxicomanes. Les alcooliques, les héroïnomanes ou les cocaïnomanes traités dans un centre de désintoxication résidentiel et qui n'ont reçu aucun soin médical primaire ont été inclus dans l'étude. Les soins médicaux dispensés ont été évalués

pendant deux ans; parmi les paramètres mesurés, mentionnons la gravité de la consommation d'alcool, de drogues et de n'importe quelle autre substance. Des risques moins élevés de consommation de drogues ou d'alcool ont été associés à la réception de soins primaires dans l'échantillon global. Chez les alcooliques, la gravité du problème de consommation était aussi moins importante pour les personnes ayant reçu des soins médicaux. On a également enregistré des problèmes de consommation moindre chez les toxicomanes ayant été traités avec des médicaments. Les participants à l'étude ont tiré profit de l'accès global aux soins médicaux dans le modèle intégré, ce qui soutient l'hypothèse voulant que l'établissement de liens entre les dépendances et les soins médicaux soit justifié.

**SAITZ, R, M. J. LARSON, N. J. HORTON, M. WINTER et J. H. SAMET.** « **Linkage with primary medical care in a prospective cohort of adults with addictions in inpatient detoxification: room for improvement (liens entre les soins médicaux primaires dans une cohorte prospective d'adultes en désintoxication : matière à amélioration)** ». *Health Services Research*, vol. 39, n° 3, juin 2004, p. 587-606. <PubMed>

Dans le cadre de l'étude prospective d'une cohorte faisant partie d'un essai aléatoire, Saitz et ses collaborateurs (2004) ont évalué la pertinence d'établir des liens entre les patients hospitalisés profitant d'un programme de désintoxication et de soins médicaux primaires. Sachant qu'un nombre important de toxicomanes n'ont pas tendance à aller vers les soins primaires, les auteurs ont tenté de recenser les facteurs liés à l'établissement de liens avec les soins primaires après une cure de désintoxication. Les facteurs suivants ont été associés à l'établissement de contacts avec les établissements de soins primaires : être une femme, recours à un système de soutien social pour maintenir l'abstinence, ne pas avoir été incarcéré récemment, avoir eu récemment un rendez-vous avec un médecin et avoir une assurance santé. Les facteurs indépendants étaient les dépendances récentes,

le traitement de santé mentale et l'état de santé. Les auteurs recommandent que de meilleurs liens soient établis avec les soins médicaux primaires pour les personnes les moins susceptibles d'y avoir recours.

**SAMET, J. H., P. FRIEDMANN et R. SAITZ.** « **Benefits of linking primary medical care and substance abuse services: patient, provider, and societal perspectives (avantages relatifs à l'établissement de liens entre les soins médicaux primaires et les services pour toxicomanes : patient, fournisseur et perspectives sociétales)** ». *Archives of Internal Medicine*, vol. 161, n° 1, janvier 2001, p. 85-91. <PubMed>

Samet et ses collaborateurs (2001) traitent de l'établissement de liens entre les soins médicaux, les soins de santé mentale et les soins pour toxicomanes ainsi que de l'intégration de ceux-ci. Les auteurs ont notamment effectué un examen des obstacles à une telle intégration, des avantages à tirer de l'intégration et des modèles de soins publiés. Cet ouvrage est un bon point de départ pour les lecteurs qui souhaitent améliorer leur compréhension de ce type de soins.

**SAMET, J. H., M. J. LARSON, N. J. HORTON, K. DOYLE, M. WINTER et R. SAITZ.** « **Linking alcohol- and drug-dependent adults to primary medical care: a randomized controlled trial of a multi-disciplinary health intervention in a detoxification unit (établissement de liens entre les adultes alcooliques et toxicomanes et les soins médicaux primaires : essai comparatif à répartition aléatoire d'une intervention multidisciplinaire en santé dans un centre de désintoxication)** ». *Addiction*, vol. 98, n° 4, avril 2003, p. 509-16. <PubMed>

Dans le cadre d'un essai comparatif à répartition aléatoire, Samet et ses collaborateurs (2003) ont évalué dans quelle mesure une clinique multidisciplinaire pouvait efficacement établir des liens entre les participants à un programme de désintoxication résidentiel et les soins

médicaux primaires. L'intervention, effectuée dans le cadre du programme de désintoxication, était composée d'une évaluation clinique de la santé des patients, d'une évaluation des liens avec une clinique de soins primaires établis par un médecin, une infirmière et un travailleur social ainsi que d'une évaluation d'une orientation hors site vers une clinique de soins primaires. Les patients ont obtenu un rendez-vous dans une clinique de soins de santé primaires dans les 12 premiers mois. De façon générale, 69 pour cent des patients du groupe d'intervention ont été orientés vers un service de soins primaires au cours de l'année, par opposition à 53 pour cent dans le groupe témoin. L'intervention a permis l'établissement de liens entre les toxicomanes et les services de soins primaires. Les résultats portent à croire qu'il s'agit d'un « objectif atteignable » au cours de la période de désintoxication, mais il faut savoir intervenir au bon moment et poser le bon geste pour orienter les patients vers des services de soins primaires.

**SAUR, C. D., L. H. HARPOLE, D. C. STEFFENS, C. D. FULCHER, Y. PORTERFIELD, R. HAVERKAMP, D. KIVETT et J. UNÜTZER.** « **Treating depression in primary care: an innovative role for mental health nurses (traitement de la dépression dans les services de soins primaires : un rôle novateur pour le personnel infirmier en santé mentale)** ». *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, vol. 8, n° 5, octobre 2002, p. 159-67. <Abstract>

Saur et ses collaborateurs (2002) utilisent des cas concrets pour illustrer un programme de traitement concerté de soins par paliers auquel participe du personnel infirmier de cliniques spécialisées dans le traitement de la dépression. Cette approche s'est révélée particulièrement efficace auprès des personnes âgées.

**SAXENA, S., P. K. MAULIK, K. O'CONNELL et B. SARACENO.** « **Mental health care in primary and community settings: results from WHO's Project Atlas [editorial] (soins de santé mentale en établissement de soins primaires et communautaires : résultats du Projet Atlas de l'OMS [éditorial])** ». *International Journal of Social Psychiatry*, vol. 48, n° 2, juin 2002, p. 83-5. <PubMed>

Dans leur éditorial, Saxena et ses collaborateurs (2002) résument les résultats du Projet Atlas de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), qui a porté sur les soins de santé mentale dans les établissements de soins primaires et communautaires. Dans le projet, on documente les ressources disponibles pour répondre aux nombreux besoins en matière de soins de santé mentale dans 185 des 191 Pays membres de l'OMS, particulièrement dans les pays en développement. L'information couvre les politiques, les programmes, les lois, les budgets, les établissements de soins primaires et communautaires, y compris les médicaments thérapeutiques, le nombre de lits en psychiatrie et de professionnels en santé mentale, la participation des organisations non gouvernementales, les systèmes d'information et les programmes spéciaux mis en place. De façon générale, les pays en développement ont beaucoup de difficulté à suivre la tendance vers la désinstitutionnalisation et à mettre au point des soins primaires et communautaires pour les personnes atteintes de maladies mentales.

**SCHAEFER, J. et C. DAVIS.** « **Case management and the chronic care model: a multidisciplinary role (gestion de cas et modèle de soins pour malades chroniques : un rôle multidisciplinaire)** ». *Lippincotts Case Management*, vol. 9, n° 2, mars-avril 2004, p. 96-103. <PubMed>

Schaefer et Davis (2004) examinent le modèle de soins pour malades chroniques et analysent la gestion de cas selon les trois systèmes utilisés pour la mise en œuvre du modèle, à savoir un programme de soins de santé avec moniteur



dans un centre de santé communautaire, un programme de soins de la dépression dans un centre de santé communautaire et un programme de renforcement des capacités dans un système de santé intégré. L'exemple des soins de la dépression inclut un grand nombre de composants des pratiques de soins aux personnes atteintes de dépression fondées sur des données probantes.

**SCHOENBAUM, M., J. UNÜTZER, D. MCCAFFREY, N. DUAN, C. SHERBOURNE et K. B. WELLS.** « **The effects of primary care depression treatment on patients' clinical status and employment (effets du traitement de la dépression dans les services de soins primaires sur l'état de santé et l'emploi des patients)** ». *Health Services Research*, vol. 37, n° 5, octobre 2002, p. 1145-58. <PubMed>

Schoenbaum et ses collaborateurs (2002) ont évalué, sur une période de six mois, les effets qu'avait le traitement de la dépression dans les services de soins primaires sur l'état de santé et l'emploi des patients. Cet essai comparatif à répartition aléatoire d'une envergure raisonnable portait sur 938 adultes présentant des troubles dépressifs et qui ont été évalués dans 46 cliniques de soins primaires gérés de cinq États. Après six mois, les patients ayant reçu des soins appropriés présentaient des taux moins élevés de troubles dépressifs, une meilleure qualité de vie (selon leur santé mentale) et des taux d'emploi plus élevés que ceux qui n'avaient pas reçu de soins. L'un des points forts de cet essai est qu'il a été mené dans des conditions de soins primaires naturalistes.

**SCHULBERG, H. C., C. BRYCE, K. CHISM, B. H. MULSANT, B. ROLLMAN, M. BRUCE, J. COYNE et C. F. REYNOLDS III; GROUPE PROSPECT.** « **Managing late-life depression in primary care practice: a case study of the Health Specialist's role (prise en charge de la dépression chez les personnes âgées dans un établissement de soins primaires : étude de cas sur le rôle du spécialiste de la santé)** », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 16, n° 6, juin 2001, p. 577-84. <PubMed>

Dans leur étude comparative à répartition aléatoire portant sur des patients âgés dépressifs à risque de suicide, Schulberg *et al.* (2001) donnent un aperçu du rôle joué par le spécialiste de la santé dans l'essai conjoint sur la prévention du suicide chez les personnes âgées recevant des soins primaires. Ils décrivent ce rôle en détail et incluent des tâches cliniques et de gestion de cas conçues pour fournir au médecin de premier recours des recommandations et des renseignements opportuns et précis qu'il pourra intégrer dans un plan de traitement global. Les détails relatifs à l'intégration de ce poste dans divers établissements de soins primaires peuvent être utiles pour des applications dans d'autres établissements.

**SCHWENK, T. L.** « **Diagnosis of late life depression: the view from primary care (diagnostic de la dépression chez les personnes âgées : opinion du personnel de soins primaires)** », *Biological Psychiatry*, vol. 52, n° 3, 1<sup>er</sup> août 2002, p. 157-63. <PubMed>

Dans cet ouvrage, Schwenk (2002) résume quelques études antérieures et fait valoir la mise en œuvre de nouvelles approches conjointes concernant la prestation de soins de santé mentale aux patients âgés dépressifs dans les établissements de soins primaires. Les nouvelles approches mises en évidence sont la surveillance par téléphone, les contacts avec le personnel infirmier et les cliniciens ainsi que l'augmentation du nombre de consultations psychiatriques dans les établissements de soins primaires.

S

**SCOTT, J., T. JENNINGS, S. STANDART, R. WARD et D. GOLDBERG.** « **The impact of training in problem-based interviewing on the detection and management of psychological problems presenting in primary care (effets d'une formation en techniques d'entrevue centrée sur les problèmes sur la détection et la prise en charge des troubles psychologiques dans les établissements de soins primaires)** », *British Journal of General Practice*, vol. 49, n° 443, juin 1999, p. 441-5. <PubMed>

Scott et ses collaborateurs (1999) ont mené une étude comparative sur les compétences relatives aux techniques d'entrevue centrée sur les problèmes (TECP) d'un petit nombre d'omnipraticiens d'Angleterre. Dix d'entre eux (ayant reçu une formation en TECP) ont été jumelés avec dix omnipraticiens témoins en fonction de leur âge, de leur sexe, de leur expérience médicale et de leurs établissements de travail. Un total de 280 patients rencontrés consécutivement dans chacune des cliniques participante ont répondu aux critères d'inclusion de l'étude et ont consenti à y participer. Les principaux résultats ont démontré que les médecins formés en TECP étaient meilleurs que les médecins témoins pour dépister et prendre en charge les troubles psychologiques de leurs patients. Les médecins formés en TECP pouvaient aussi bien reconnaître les personnes présentant des symptômes légèrement perceptibles observés à l'aide d'instruments normalisés que celles présentant des troubles plus évidents. La formation en TECP a également été associée à une plus grande prescription de psychotropes. Finalement, les patients se sont déclarés satisfaits du genre d'entrevue. Les auteurs pensent que la formation en TECP peut améliorer les compétences des omnipraticiens, car celles-ci, lorsqu'elles sont actualisées, ont des effets sur les méthodes d'exercice. Malgré les limites méthodologiques de l'étude, les témoignages au sujet des TECP justifient la conduite d'autres études dans le cadre d'un essai comparatif à répartition aléatoire.

**SEBULIBA, D. et P. VOSTANIS.** « **Child and adolescent mental health training for primary care staff (formation en santé mentale des enfants et des adolescents pour le personnel de premier recours)** », *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, vol. 6, n° 2, avril 2001, p. 191-204.

Sebuliba et Vostanis (2001) présentent un programme interorganisationnel de formation en santé mentale des enfants et des adolescents qui a été conçu au Royaume-Uni pour le personnel de premier recours. La stratégie en deux phases utilisée par les auteurs est très utile pour définir les besoins en matière de formation dans la région à l'étude : consultation des principaux cadres supérieurs par le biais d'entrevues et de questionnaires; consultation du personnel de premier recours lors d'un atelier. À la suite de ces consultations, on a constaté qu'il fallait élaborer un programme de formation local pour les professionnels des régions. Des ateliers d'une demi-journée combinant des séances d'information et des exercices ont été organisés. L'approche ascendante pour dispenser la formation de base à l'ensemble du personnel a été jugée efficace. Toutefois, peu d'omnipraticiens étaient au nombre des participants.

**SECKER, J., F. PIDD et A. PARHAM.** « **Mental health training needs of primary health care nurses (besoins du personnel infirmier de premier recours concernant la formation en santé mentale)** », *Journal of Clinical Nursing*, vol. 8, n° 6, novembre 1999, p. 643-52. <PubMed>

Secker et ses collaborateurs (1999) ont constaté que le personnel infirmier de premier recours travaillant à Londres, en Angleterre, effectuait un vaste éventail et un volume croissant de tâches relatives à la santé mentale, bien qu'il soit peu préparé et qu'il ait reçu peu de formation. Les auteurs ont relevé les besoins particuliers du personnel infirmier en matière de formation : temps et espace pour recenser les lacunes en matière de formation, formation sur les méthodes de travail sécuritaires et la gestion des limites des fonctions et formation multidisciplinaire.

De plus, ils recommandent que les groupes de soins de santé, les groupes de soins primaires et les autorités en matière de santé précisent quels aspects de la charge de travail du personnel infirmier en matière de soins de santé mentale conviennent au rôle de ce personnel et qu'ils élaborent des politiques, des méthodes et des formations pour soutenir ce personnel dans l'exercice de ses fonctions.

**SECKER, J., F. PIDD, A. PARHAM et E. PECK.** « **Mental health in the community: roles, responsibilities and organisation of primary care and specialist services (santé mentale dans la collectivité : rôles, responsabilités et organisation en matière de services de premier recours et de services spécialisés)** », *Journal of Interprofessional Care*, vol. 14, n° 1, 1<sup>er</sup> février 2000, p. 49-58. <PubMed>

Secker et ses collaborateurs (2000) décrivent les deux tendances contraires qui ont caractérisé la politique sanitaire de la fin des années 1990 et qui ont façonné les soins de santé mentale communautaires au Royaume-Uni. On envisageait d'une part un service national de santé axé sur les soins primaires pour les personnes ayant des troubles mentaux moins graves et, d'autre part, des orientations particulières en matière de santé mentale pour la prestation de services spécialisés aux personnes atteintes d'une maladie mentale grave. Ces tendances sont examinées selon les perspectives du personnel infirmier de premier recours, des omnipraticiens et du personnel infirmier psychiatrique communautaire. Les répercussions sur la formation sont aussi mises en évidence.

**SEDERER, L. I., J. ELLISON et C. KEYES.** « **Guidelines for prescribing psychiatrists in consultative, collaborative, and supervisory relationships (lignes directrices pour les psychiatres prescripteurs dans leurs rapports consultatifs, de collaboration et de surveillance)** ». *Psychiatric Services*, vol. 49, n° 9, septembre 1998, p. 1197-202. <PubMed>

Sederer et ses collaborateurs (1998) présentent les lignes directrices pour orienter les psychiatres prescripteurs dans leurs rapports consultatifs, de collaboration et de surveillance qui ont été élaborées pour la Harvard Risk Management Foundation. Ces lignes directrices reposent principalement sur le fait que la qualité des soins peut être améliorée par la délimitation des responsabilités et la clarification des attentes des fournisseurs au sujet de la communication, de la documentation, de la confidentialité, de la portée des accords et de la gestion des urgences. Les lignes directrices sont conçues pour réduire l'ambiguïté à l'égard des rôles des cliniciens, particulièrement ceux des psychiatres. Dans chacun des trois types de rapports (consultatif, de collaboration et de surveillance), les psychiatres devraient suivre les quatre étapes ci-dessous.

1. Vérifier quels sont les autres cliniciens qui suivent le patient.
2. Savoir pourquoi on leur a demandé de l'aide.
3. Être ouvert à la discussion concernant leur méthode de traitement, leurs expériences et leurs buts et être disposé à examiner des méthodes de traitement avec d'autres cliniciens.
4. Attribuer des responsabilités en matière de communication au personnel supervisé, au besoin.

Dans tous les cas, les cliniciens participants devraient expliquer leurs attentes au sujet des communications courantes et élaborer un plan précis en cas d'urgences. Une attention particulière devrait être accordée aux préférences des patients sur le plan des soins et de la divulgation de renseignements.

**SHANLEY, E, M. JUBB et P. LATTEr.**  
« Partnership in Coping: an Australian system of mental health nursing (partenariat pour l'adaptation : un système australien de soins infirmiers en santé mentale) », *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, vol. 10, n° 4, août 2003, p. 431-41. <PubMed>

Shanley et ses collaborateurs (2003) présentent un nouveau cadre théorique pour les soins de santé mentale en Australie, le système Partnership in Coping (PIC). Ce cadre prévoit une approche centrée sur le patient dans la prestation de soins de santé mentale et constitue un point de départ pour l'attribution des rôles que devront jouer le personnel infirmier dans une équipe concertée de soins primaires en santé mentale. Selon les principes sous-jacents du système PIC, la maladie mentale est épisodique. « La plupart du temps, les personnes atteintes d'une maladie mentale maîtrisent bien leur vie et n'ont besoin de recourir à des services de santé mentale que de façon occasionnelle. Les personnes deviennent malades lorsqu'elles n'utilisent pas leurs stratégies d'adaptation. Le rôle du personnel infirmier est donc de travailler avec les patients, de les aider à trouver et à employer des stratégies d'adaptation qui répondront à leurs besoins » (p. 434). Ce cadre adopte une approche centrée sur les besoins et les forces et accorde une plus grande importance aux patients dans la prise des décisions concernant leurs soins. Le cadre utilise également les aspects positifs des soins de santé mentale, y compris la perspective holistique, la durée et la nature des contacts informels, la singularité des rapports avec les patients et la sensibilisation du personnel infirmier aux environnements social et physique des patients. Lorsque les auteurs ont écrit l'article, le cadre était encore à l'essai en Australie-Occidentale.

**SHANNON-JONES, S., A. SURRIDGE et J. BODEN.** « Developing an integrated mental health nursing team (mise en place d'une équipe intégrée de soins infirmiers dans le domaine de la santé mentale) », *Nursing Standard*, vol. 17, n° 27, 19-25 mars 2003, p. 41-4. <PubMed>

Shannon-Jones et ses collaborateurs (2003) justifient la constitution d'une équipe intégrée de soins infirmiers dans le domaine de la santé mentale pour offrir des services dans les établissements de soins primaires, tout en respectant les politiques du pays de Galles et de l'Angleterre. Les auteurs proposent l'adoption d'un modèle de liaison en santé mentale dans les établissements de soins primaires qui donnerait accès à tous les membres de l'équipe de premier recours à des ressources compétentes en soins infirmiers dans le domaine de la santé mentale et à des spécialistes des services appropriés. Dans la politique, on recommande que du personnel infirmier en santé mentale soit à la disposition de tous les membres de l'équipe de premier recours et du grand public, car les compétences de plus d'une personne ou de plus d'un professionnel sont nécessaires pour répondre aux besoins des personnes atteintes de maladies mentales. Dans le modèle décrit dans cet article, l'infirmière psychiatrique communautaire est liée à trois pratiques générales afin d'améliorer la communication entre les services locaux et de former le personnel de premier recours. De plus, l'infirmière psychiatrique communautaire travaille avec le personnel infirmier régional (équivalent du personnel infirmier de la santé publique au Canada) à la mise en place d'une clinique de surveillance de la consommation de médicaments, un programme de dépistage de la dépression post-partum et un groupe « options santé ».

**SICOTTE, C., D. D'AMOUR et M. P. MOREAULT.** « **Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres (collaboration interdisciplinaire au sein des centres de soins de santé communautaires du Québec)** », *Social Science and Medicine*, vol. 55, n° 6, septembre 2002, p. 991-1003. <PubMed>

Sicotte et ses collaborateurs (2002) examinent la collaboration interdisciplinaire au sein des centres de soins de santé communautaires du Québec. Soulignant les antécédents considérables et les principes interdisciplinaires de ce modèle de soins de santé primaires, les auteurs exposent le modèle analytique sur lequel a reposé la recherche. Ils examinent le processus contextuel intragroupe, l'intensité de la collaboration interdisciplinaire et les effets modérateurs de la nature de la fonction entreprise. Des niveaux de collaboration interdisciplinaire modestes ont été enregistrés dans ces centres de santé. Les facteurs pouvant se révéler utiles pour améliorer la collaboration interdisciplinaire comprennent les effets simultanés et contradictoires de certains facteurs du processus intragroupe, à savoir la concordance entre la logique interdisciplinaire et disciplinaire, l'intégration sociale dans les groupes de travail et les conflits liés à la collaboration interdisciplinaire. La collaboration entre les équipes de premier recours est plus efficace lorsque la discipline professionnelle est caractérisée par des valeurs et des pratiques communes. L'intensité de la collaboration semble également être fonction de la nature de la maladie des patients et de la morbidité à long terme connexe. Souvent, la présence simultanée de pathologies multiples favorise les réactions plus intenses et polyvalentes que permettent les approches de soins en collaboration. Cependant, il n'est pas nécessaire de donner des soins en collaboration à toutes les personnes ou dans tous les contextes.

**SIGEL, P. et R. LEIPER.** « **GP views of their management and referral of psychological problems: A qualitative study (points de vue du grand public concernant la gestion et l'orientation de cas en psychologie : étude qualitative)** », *Psychological Psychotherapy*, vol. 77, pt 6, septembre 2004, p. 279-95. <PubMed>

Sigel et Leiper (2004) explorent les points de vue des omnipraticiens au sujet de la gestion et de la prise de décisions concernant l'orientation de cas en psychologie. Utilisant une théorie fondée sur des faits, ils ont établi un modèle à cinq composants à partir des données recueillies au cours d'entrevues effectuées auprès de dix omnipraticiens d'une même localité. Le modèle décrit la façon dont les médecins ont analysé les problèmes psychologiques dans le contexte général de la prise en charge des problèmes de santé de leurs patients. Une fois qu'ils s'apercevaient qu'ils n'étaient plus en mesure de résoudre un problème particulier, les médecins prenaient leurs décisions au sujet de l'orientation du cas selon la capacité du patient à suivre une psychothérapie et l'accessibilité aux services de psychologie. Les décisions des médecins ont été influencées par leurs opinions à l'égard des problèmes et des psychothérapies ainsi que par leurs interactions professionnelles avec des psychologues. Ces composants n'étaient pas autonomes; ils représentaient une série d'interactions entre ces domaines. L'étude présente un modèle utile pour comprendre la réaction des omnipraticiens vis-à-vis des problèmes de santé mentale. En outre, le modèle indique comment les spécialistes de la santé mentale pourraient utiliser les pratiques existantes pour accroître les compétences des omnipraticiens, plutôt que d'imposer des manières de travailler propres à la psychiatrie ou à la psychologie. Le modèle pourrait servir à établir des modèles de collaboration dans les établissements de soins primaires où les omnipraticiens font partie d'une équipe de santé mentale.

S

**SIMON, G. E., M. VONKORFF, C. RUTTER et E. WAGNER.** « Randomised trial of monitoring, feedback, and management of care by telephone to improve treatment of depression in primary care (essai aléatoire concernant la surveillance, la rétroaction et la gestion des soins par téléphone pour améliorer le traitement de la dépression en établissement de soins primaires) », *BMJ*, vol. 320, n° 7234, 26 février 2000, p. 550-4. <PubMed> <FullText>

Simon et ses collaborateurs (2000) rapportent les résultats de leur essai comparatif à répartition aléatoire portant sur un programme de soins de la dépression par téléphone au niveau des soins primaires. Les trois composants de l'étude étaient les soins classiques, la rétroaction auprès des médecins uniquement et la rétroaction auprès des médecins avec gestion des soins par téléphone pour les patients, ainsi que recommandations de traitements et soutien de pratique par le gestionnaire des soins. Comparativement aux soins classiques, la rétroaction seule n'a eu aucun effet important sur le traitement reçu ou sur les résultats observés chez les patients. Les patients qui ont fait l'objet d'une intervention intégrée étaient beaucoup plus susceptibles de recevoir des doses modérées d'antidépresseurs et d'afficher de grandes améliorations de leurs symptômes dépressifs et moins susceptibles de souffrir d'une dépression majeure au moment de leur rendez-vous de suivi. Les coûts du soutien par téléphone étaient moyens. Cette approche intégrée peut donc être utile parce qu'elle se situe entre les modèles plus intensifs de traitement de la dépression et les programmes moins intensifs, comme le dépistage, qui ne sont pas liés à des interventions structurées.

**SIMPSON, S., R. CORNEY, P. FITZGERALD et J. BEECHAM.** « A randomised controlled trial to evaluate the effectiveness and cost-effectiveness of counselling patients with chronic depression (essai comparatif à répartition aléatoire pour évaluer l'efficacité et la rentabilité du counselling chez les patients atteints de dépression chronique) », *Health Technology Assessment*, vol. 4, n° 36, 2000, p. 1-83. <PubMed> <FullText>

Simpson et ses collaborateurs (2000) ont évalué l'efficacité et la rentabilité du counselling pour les personnes atteintes de dépression chronique dans le cadre d'un essai comparatif à répartition aléatoire. Ils ont comparé les services de counselling offerts aux personnes atteintes de dépression chronique aux soins habituels dispensés par les omnipraticiens. Dans cette étude de petite envergure (n = 181), les scores ont révélé qu'une importante amélioration globale s'était produite avec le temps, mais qu'il n'y avait aucune différence entre les groupes ou entre les deux types de counselling (thérapie cognitivo comportementale ou counselling psychodynamique), autant après six ou douze mois. Une autre analyse visuelle des données a montré que l'état des personnes atteintes de dépression légère ou modérée s'était amélioré et que celles-ci avaient guéri. L'analyse a aussi révélé qu'il y avait davantage de personnes guéries dans le groupe traité que dans le groupe témoin. Cependant, une analyse de régression multiple a indiqué qu'il n'y avait aucune interaction importante entre les groupes et la gravité initiale de la dépression. L'inclusion de personnes fortement dépressives peut avoir engendré de la confusion quant aux effets du counselling. Les coûts ont été plus élevés au cours de l'intervention pour le groupe expérimental, ce qui s'explique par les coûts supplémentaires inhérents aux services des thérapeutes. Puisque ces coûts n'ont pas été compensés par une utilisation moins fréquente des services et une réduction de leurs coûts, aucune économie n'a été réalisée sur une période de douze mois.

**SOKHELA, N. E.** « **The integration of comprehensive psychiatric/mental health care into the primary health system: diagnosis and treatment (intégration de soins psychiatriques ou de santé mentale complets dans le système de soins primaires : diagnostic et traitement)** », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 30, n° 1, juillet 1999, p. 229-37. <PubMed>

Sokhela (1999) examine l'efficacité d'un programme conçu pour enseigner au personnel infirmier des services de santé primaires d'Afrique du Sud comment diagnostiquer et traiter les troubles psychiatriques courants, orienter les patients qu'il n'est pas en mesure de traiter et évaluer la mise en œuvre de ces nouvelles fonctions dans les cliniques. De façon générale, le programme de formation est efficace et l'utilisation d'examen de dossiers pour enseigner les techniques d'interrogatoire, le diagnostic, le traitement pharmacologique et l'orientation est acceptable.

**SOROHAN, H., H. LESTER, E. HUGHES et L. ARCHER.** « **The role of the practice nurse in primary care mental health: challenges and opportunities (rôle du personnel infirmier dans les soins primaires en santé mentale : problèmes et possibilités)** », *Primary Care Psychiatry*, vol. 8, n° 2, juin 2002, p. 41-6. <Abstract> <FullText>

Sorohan et ses collaborateurs (2002) considèrent l'élaboration de stratégies d'éducation et d'apprentissage pour améliorer les compétences du personnel infirmier affecté au sein d'équipes de premier recours. Les auteurs citent des études démontrant que la plupart des membres du personnel infirmier pensent qu'ils n'ont pas les compétences requises pour traiter les troubles mentaux courants souvent observés dans le contexte des soins primaires. Ils recommandent que la formation soit centrée sur la déontologie, la connaissance des politiques et des services en matière de santé mentale, la communication, l'évaluation, les connaissances en matière d'intervention et la compréhension des attentes

des patients et des besoins des praticiens de premier recours, y compris l'espoir, le mutualisme et la prise de décisions conjointes.

**SPEER, D. C. et M. G. SCHNEIDER.** « **Mental health needs of older adults and primary care: opportunity for interdisciplinary geriatric team practice (besoins des personnes âgées en matière de santé mentale et soins primaires : possibilité d'une pratique d'équipe interdisciplinaire en gériatrie)** », *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol. 10, n° 1, printemps 2003, p. 85-101. <Abstract>

Speer et Schneider (2003) examinent un éventail de facteurs qui pourraient nous permettre de satisfaire aux besoins des personnes âgées en matière de santé mentale dans les établissements de soins primaires. Ils présentent une étude documentaire utile au sujet de la prévalence, de l'utilisation des services, de l'utilisation des services de santé mentale par les personnes âgées et des coûts y afférents, de l'utilisation des services médicaux, des interactions entre le corps et l'esprit, des services dans les établissements de soins primaires et des soins dispensés par les médecins. L'étude, qui comprend également deux méta analyses de la compensation des coûts ainsi qu'une comparaison des interventions classiques et autres pour les personnes âgées, porte aussi sur le dépistage et la formation des médecins. Les auteurs proposent l'établissement de fonctions pour les professionnels non médicaux du comportement dans les établissements de soins primaires, la détermination des besoins en matière de formation universitaire et clinique et l'adoption d'une approche intégrée et concertée concernant les soins de santé mentale chez les personnes âgées.

S

**SPRUILL, J., C. BARKSDALE et D. BUSH;** Education Directorate, American Psychological Association. « **Interprofessional health care services in primary care settings: implications for the education and training of psychologists (services de santé interprofessionnels dans les établissements de soins primaires : répercussions sur les études et la formation des psychologues)** », Rockville, Maryland : U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)/Health Resources and Services Administration (HRSA); juin 1998. Disponible aux adresses suivantes : <http://www.apa.org/ed/samhsapdf.html> OU <http://www.apa.org/ed/samhsa.pdf>

Dans le cadre d'un projet conjoint entre l'American Psychological Association, la Substance Abuse and Mental Health Services Administration et la Health Resources and Services Administration, Spruill et ses collaborateurs (1998) ont préparé une bibliographie et des lignes directrices concernant l'éducation et la formation requises pour assurer la participation des psychologues dans les services de santé interprofessionnels, y compris le traitement pour la toxicomanie et les soins de santé mentale dans les établissements de soins gérés. Les auteurs présentent un ensemble de principes généraux concernant tous les fournisseurs de soins de santé primaires dispensant des soins en collaboration. Ces principes portent sur les connaissances et les compétences; les priorités éducatives et de formation pour les quatre rôles (clinique, enseignement, recherche et administration) que les psychologues peuvent jouer dans les établissements de soins primaires intégrés; les principes concernant la formation interdisciplinaire, accompagnés de références à l'appui.

**STAAB, J. P., C. J. DATTO, R. M. WEINRIEB, P. GARITI, M. RYNN et D. L. EVANS.** « **Detection and diagnosis of psychiatric disorders in primary medical care settings (dépistage et diagnostic de troubles psychiatriques dans les établissements de soins médicaux primaires)** », *Medical Clinics of North America*, vol. 85, n° 3, mai 2001, p. 579-96. <PubMed>

Dans leur exposé de synthèse, Staab et ses collaborateurs (2001) traitent des avancées importantes réalisées au cours de la dernière décennie dans l'établissement des diagnostics de troubles de dépression, d'anxiété et d'usage de substances et dans la gestion de ceux-ci. L'exposé traite aussi de l'utilisation d'outils pour le dépistage de ces troubles.

**STARK, S., I. STRONACH, T. WARNE, D. SKIDMORE, A. COTTON et M. MONTGOMERY.** « **Teamworking in mental health: zones of comfort and challenge [research report] (travail d'équipe en santé mentale : zones de confort et problème [rapport de recherche])** », *Researching Professional Education Research Report Series*, vol. 17, 2000. (Londres : English National Board for Nursing, Midwifery and Health Visiting, 2001, 151 p.)

Dans le cadre d'une étude, Stark et ses collaborateurs (2001) évaluent l'efficacité de la formation en soins infirmiers dans le domaine de la santé mentale au sein d'équipes multiprofessionnelles et multiorganisationnelles de divers établissements de santé mentale en Angleterre. En effectuant un grand nombre d'activités de collecte de données, y compris une enquête nationale auprès de 800 utilisateurs de services de santé mentale ainsi que fournisseurs et étudiants du domaine ainsi qu'une enquête nationale auprès de 400 personnes, les auteurs ont obtenu des rétroactions au sujet des résultats de l'une des premières phases de l'étude et ont formulé 23 recommandations en tout. Les recommandations suivantes concernent les soins en collaboration : 1) comme l'apprentissage du travail d'équipe est plus efficace en pratique



qu'en théorie, il faut donner la possibilité aux étudiants d'effectuer des stages plus longs en clinique au début de leurs programmes de préinscription; 2) il faut se concentrer davantage sur les compétences relatives à la constitution d'équipes; 3) il faut favoriser un travail d'équipe davantage axé sur la collaboration, tant dans le milieu clinique que scolaire; 4) il faut combiner des études de cas axées sur le travail d'équipe, des capsules éducatives et des affectations accompagnées de questions d'ordre technique en matière de soins infirmiers et les perspectives des utilisateurs; 5) il faut se concentrer davantage sur la nature affective du travail du personnel infirmier, tant sur le plan du stress que sur le plan de l'engagement professionnel; 6) il faut permettre davantage aux anciens utilisateurs de services de santé mentale de s'exprimer sur les politiques, la pratique et l'enseignement.

**STEVENS, L., A. L. KINMONTH, R. PEVELER et C. THOMPSON.** « *The Hampshire Depression Project: development and piloting of clinical practice guidelines and education about depression in primary health care (projet du Hampshire sur la dépression : élaboration et adoption de lignes directrices concernant la pratique clinique et étude sur la dépression en établissement de soins primaires)* », *Medicine Education*, vol. 31, n° 5, septembre 1997, p. 375-9. <PubMed>

Stevens et ses collaborateurs (1997) décrivent l'élaboration et la mise en œuvre pilote d'un programme d'éducation complet sur la dépression conçu pour les membres d'équipes multidisciplinaires de premier recours. Le programme comprend des lignes directrices sur la pratique clinique, des conférences centrées sur la pratique et des séances de suivi. Le programme est conçu pour être souple, axé sur l'approche clinique et d'intérêt pour tous les membres. On a recommandé l'adoption d'une approche systématique concernant l'accès aux cliniques et aux équipes ainsi que l'organisation et l'établissement du processus des conférences.

**STEWART, D. et D. W. OSLIN.** « *Recognition and treatment of late-life addictions in medical settings (dépistage et traitement des dépendances observées chez les personnes âgées dans les établissements médicaux)* », *Journal of Clinical Geropsychology*, vol. 7, n° 2, avril 2001, p. 145-58.

Stewart et Oslin (2001) traitent de trois dépendances observées chez les personnes âgées (tabagisme, alcoolisme et dépendance au jeu) et des possibilités qui s'offrent concernant le dépistage et le traitement de celles-ci dans les établissements de soins primaires. Comme dans le cas des maladies mentales, les personnes âgées ont tendance à ne pas chercher de traitement pour ces problèmes dans des programmes spécialisés, ce qui donne à penser que le meilleur endroit pour intervenir est l'établissement de soins primaires. Les auteurs recommandent que des spécialistes en santé comportementale soient présents dans ces établissements afin de faciliter la mise en place d'un traitement concerté pour ces dépendances coûteuses.

**STICHLER, J. F.** « *Developing collaborative relationships: balancing professional power in the health care environment (établissement de relations de collaboration : équilibrer le pouvoir professionnel dans le milieu des soins de santé)* », *AWHONN Lifelines*, vol. 2, n° 3, juin/juillet 1998, p. 53-4. <PubMed>

L'étude de Stichler (1998) porte sur l'équilibre du pouvoir professionnel dans un contexte de collaboration. Les conditions nécessaires à la collaboration sont la confiance mutuelle, le respect, la valorisation des contributions et des connaissances des autres et la recherche de buts communs. L'art de la collaboration s'apprend et, «une fois appris et démontré, la synergie résultante ne peut être atteinte par aucun autre moyen». L'auteur présente cinq stratégies pour favoriser la collaboration.

1. Accroissement des connaissances et amélioration des compétences de chaque profession par la formation permanente.

S

2. Création de comités interdisciplinaires pour établir les buts relatifs aux patients et discuter des rôles et des responsabilités.
3. Examen des similitudes et des différences entre les rôles, à la recherche de moyens pour apporter des contributions uniques aux soins du patient et améliorer la compréhension de chacun des rôles.
4. Création de tribunes pour faciliter la communication, la résolution de problèmes, la prise de décisions et la planification.
5. Reconnaissance du succès, y compris l'utilisation de comportements ou de pratiques axés sur la collaboration comme exemples pour les autres.

**STRATHDEE, G.** « **The severely mentally ill: working better with specialist services (maladies mentales graves : travailler plus efficacement en collaboration avec les services spécialisés)** », *International Review of Psychiatry*, vol. 10, n° 2, mai 1998, p. 139-42. <Abstract>

Strathdee (1998) décrit des méthodes à utiliser pour l'élaboration d'un programme visant à favoriser la collaboration entre les fournisseurs de soins primaires et les fournisseurs de soins de santé mentale spécialisés. L'auteur précise les types de renseignements qui facilitent la détermination des besoins locaux et des programmes d'accès aux soins, les stratégies de communication à utiliser et le partage des soins pour les personnes atteintes d'une maladie mentale grave.

**STROSAHL, K.** « **Integrating behavioral health and primary care services: the primary mental health care model (intégration des services de santé comportementale et de soins primaires : modèle de soins primaires en santé mentale)** », parution dans : *Blount A, editor, Integrated primary care: the future of medical and mental health collaboration*, New York : Norton, 1998, p. 139-66.

Strosahl (1998) examine en profondeur un modèle de soins primaires en santé mentale en

exposant clairement les différences entre ce type de soins et les soins de santé mentale spécialisés. À son avis, les soins dispensés par un spécialiste de la santé mentale pratiquant la psychothérapie classique ou la thérapie familiale ailleurs que dans des établissements de soins primaires ne sont pas des soins intégrés ou concertés. Strosahl soutient qu'il faut que les professionnels de la santé mentale agissent comme fournisseurs intermédiaires dans une équipe de premier recours. Dans ce chapitre, on examine l'intégration verticale et horizontale comme modèles pour des soins primaires intégrateurs, on compare les soins en collaboration et intégrés et on discute des niveaux de soins dispensés dans les établissements de soins primaires en santé mentale.

**STURM, R., J. UNÜTZER et W. KATON.** « **Effectiveness research and implications for study design: sample size and statistical power – evaluating the cost-effectiveness of improving care for depression (recherche sur l'efficacité et répercussions sur le modèle d'étude : taille de l'échantillon et efficacité statistique – évaluation de la rentabilité de l'amélioration des soins de la dépression)** », *General Hospital Psychiatry*, vol. 21, n° 4, juillet août 1999, p. 274-83. <PubMed>

Sturm et ses collaborateurs (1999) examinent l'effet de la taille de l'échantillon et de l'efficacité statistique dans le cadre d'études sur l'efficacité. Bien que ces études aient été fortement critiquées, elles nous permettent de documenter des différences dans les résultats cliniques au moyen d'échantillons de beaucoup inférieurs à 100 individus. En raison de l'intérêt grandissant manifesté à l'égard des études sur l'efficacité, il convient de s'intéresser à la taille de l'échantillon et à l'efficacité statistique de ces études. Un grand nombre de facteurs autres que l'intervention en santé influent sur les mesures générales des résultats et des coûts. Qui plus est, l'hétérogénéité présente donne lieu à de grands écarts, même lorsque les échantillons sont relativement homogènes. Selon l'analyse des auteurs concernant des études antérieures

sur la santé mentale et les soins primaires, les mesures générales des résultats comme la qualité de vie exigent des échantillons dont la taille se situe dans les centaines d'individus par groupe, tandis que les coûts nécessitent des échantillons dont la taille est de l'ordre de milliers d'individus. Les auteurs font appel au jugement concernant l'utilisation de mesures des résultats de nature plus générale, la mise au point de nouveaux modèles d'étude et le financement nécessaire au soutien de telles solutions de rechange.

**SWARTZ, L. et H. MACGREGOR.** « **Integrating services, marginalizing patients: psychiatric patients and primary health care in South Africa (intégration des services et marginalisation des patients : patients psychiatriques et soins de santé primaires en Afrique du Sud)** », *Transcultural Psychiatry*, vol. 39, n° 2, juin 2002, p. 155-72.

Swartz et MacGregor (2002) traitent de la mise en œuvre de soins primaires intégrés en santé mentale en Afrique du Sud. Bien qu'ils considèrent certaines des bases idéologiques pour l'intégration, ils se concentrent sur les besoins des personnes atteintes d'une maladie mentale grave. À l'aide d'exemples de cas, les auteurs illustrent l'incapacité des approches actuelles à répondre au niveau élevé de besoins de ce groupe, même aux besoins des personnes considérées assez stables pour être soignées dans des établissements de soins primaires. Cet article décrit en détail les conditions de travail dans une société se relevant d'un conflit et ayant peu de ressources financières.

**TARREN-SWEENEY, M. et V. CARR.** « **Principles for development of multi-disciplinary, mental health learning modules for undergraduate, postgraduate and continuing education (principes pour l'élaboration de modules d'apprentissage multidisciplinaires et de santé mentale pour les étudiants du premier cycle et des cycles supérieurs et pour l'éducation permanente)** », *Education Health (Abingdon)*, vol. 17, n° 2, juillet 2004, p. 204-12. <PubMed>

Tarren-Sweeney et Carr (2004) traitent des méthodes et des techniques d'enseignement ainsi que des principes à appliquer pour élaborer des modules d'apprentissage multidisciplinaires et de santé mentale pour les étudiants du premier cycle et des cycles supérieurs et pour l'éducation permanente en Australie. Les auteurs décrivent un programme de formation sur CD ROM traitant des troubles de la personnalité.

Ce programme, conçu pour les professionnels, a été élaboré d'après les principes en question. Selon ces principes, de tels produits devraient :

- ∞ s'appliquer à diverses disciplines;
- ∞ s'adapter à de multiples domaines d'éducation;
- ∞ être accessibles aux praticiens ruraux et des régions éloignées;
- ∞ comporter des solutions structurées combinées et des leçons spécifiques (étude dirigée), avec éléments d'apprentissage axés sur des problèmes;
- ∞ comprendre des problèmes professionnels authentiques et pertinents;
- ∞ comporter des manifestations normales, anormales et transculturelles des problèmes rencontrés.

**THOMAS, S. A. et T. HARGETT.** « **Mental health care: a collaborative, holistic approach (soins de santé mentale : une approche de collaboration holistique)** », *Holistic Nursing Practices*, vol. 13, n° 2, janvier 1999, p. 78-85. <PubMed>

Thomas et Hargett (1999) donnent un aperçu d'un modèle de collaboration dans la pratique

des soins de santé mentale connu sous le nom de Siegal & Thomas HealthCare Group. Ce groupe de pratique, qui résulte d'un partenariat entre une infirmière psychiatrique spécialisée et un psychiatre, rassemble une équipe multidisciplinaire de professionnels dispensant des soins de santé mentale à des adultes, à des enfants, à des familles et à des groupes de patients dans des réseaux de soins gérés. Les auteurs traitent des rôles joués par les divers professionnels et présentent quelques cas pour illustrer la nature et les caractéristiques de ce programme de collaboration.

**THOMPSON, C.** « *Managing major depression: improving the interface between psychiatrists and primary care (prise en charge de la dépression majeure : amélioration de l'interface entre les psychiatres et le personnel de premier recours)* », *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, vol. 5, suppl. 1, 1<sup>er</sup> juin 2001, p. 11-18.

Thompson (2001) résume une recherche sur la dépression dont le but était d'accroître notre compréhension du point d'intersection entre les soins primaires et secondaires. L'auteur présente un intéressant sommaire de l'audit effectué récemment dans le secteur des soins primaires au Royaume-Uni et un examen des pratiques actuelles concernant la fourniture de traitements pour la dépression dans les établissements de soins primaires.

**THOMPSON, C., A. L. KINMONTH, L. STEVENS, R. C. PEVELER, A. STEVENS, K. J. OSTLER, R. M. PICKERING, N. G. BAKER, A. HENSON, J. PREECE, D. COOPER et M. J. CAMPBELL.** « *Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial (guide de pratique clinique et formation axée sur la pratique : effets sur le dépistage et l'évolution des cas de dépression dans les établissements de soins primaires : essai comparatif à répartition aléatoire du projet relatif à la dépression du Hampshire)* », *Lancet*, vol. 355, n° 9199, 15 janvier 2000, p. 185-91. <PubMed>

Dans le cadre d'un essai comparatif à répartition aléatoire s'inscrivant dans le cadre du projet relatif à la dépression du Hampshire, Thompson et ses collaborateurs (2000) ont utilisé des rétroactions de participants et d'experts évaluateurs pour évaluer l'enseignement donné aux équipes cliniques. De façon générale, les participants étaient satisfaits du programme d'enseignement. Cependant, ce dernier a eu peu d'effets sur la capacité des médecins à diagnostiquer la dépression ou sur les résultats affichés par les patients.

**TRAINOR, J., E. POMEROY et B. PAPE.** « *A framework for support (un cadre d'appui)* », 3<sup>e</sup> éd, Toronto : *Canadian Mental Health Association*, 2004. <FullText> OU Disponible à l'adresse suivante : <http://www.cdha.nshealth.ca/programsandservices/mhstrategicplanning/framework.pdf>

Dans leur ouvrage récemment mis à jour *A framework for support* (troisième édition), Trainor et ses collaborateurs (2004) présentent un cadre conceptuel qui met l'accent sur la pleine participation des personnes atteintes de maladie mentale et de leur famille dans les systèmes de santé mentale communautaires axés sur le rétablissement. Du côté des ressources communautaires, les auteurs soulignent les partenariats établis entre quatre groupes

(usagers, familles, fournisseurs de services de santé mentale et services sociaux génériques) pour la planification et l'exploitation du système de santé mentale. Du côté des connaissances, deuxième concept clé du modèle, on relève les principales sources d'information et de compréhension qui montrent ce que les gens pensent de la maladie mentale. Ce concept apporte des éclaircissements aux questions individuelles et sociales complexes auxquelles sont confrontées les personnes atteintes d'une maladie mentale. Du côté des ressources en personnel, concept ajouté dans cette troisième édition, on met en évidence les capacités essentielles pour vivre avec la maladie (recensées par les personnes atteintes d'une maladie mentale) et on souligne la signification des soins personnalisés.

**TWILLING, L. L., M. E. SOCKELL et L. S. SOMMERS.** « **Collaborative practice in primary care: integrated training for psychologists and physicians (collaboration dans les établissements de soins primaires : formation intégrée pour les psychologues et les médecins)** », *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 31, n° 6, décembre 2000, p. 685-91.

Twilling et ses collaborateurs (2000) décrivent un programme de formation intégré pour les psychologues et les médecins. Les auteurs notent que les obstacles à la formation concertée incluent les différences dans l'orientation théorique; les niveaux de formation concernant l'incidence des facteurs physiologiques, psychologiques et sociaux sur la maladie et le bien-être; l'absence d'un langage commun; les différents types d'interactions entre le patient et le fournisseur de soins; les hypothèses divergentes au sujet de l'intégration de l'évaluation et du traitement. Les auteurs décrivent aussi de façon complète la structure de l'interaction entre deux praticiens (un psychologue interne et un médecin résidant) et un patient ainsi que les méthodes à utiliser lors de l'examen des cas avec le médecin et le psychologue désignés. Les connaissances et

les compétences nécessaires à la formation polyvalente sont mises en valeur à chaque étape et sont exposées dans les objectifs du programme de formation mixte. Le but ultime demeure la constitution d'une équipe à l'aide de modèles au niveau supérieur et à l'aide de l'apprentissage par l'expérience au niveau des stagiaires.

**UNITED KINGDOM DEPARTMENT OF HEALTH.** « **Fast-forwarding primary mental health care: 'gateway' workers (accélération du processus des soins primaires en santé mentale : préposés au triage)** », Londres : *Department of Health*, octobre 2002. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/06/11/12/04061112.pdf>

Dans son rapport intitulé *Fast-forwarding primary mental health care: 'gateway' workers*, le Department of Health présente les lignes directrices élaborées pour le poste de préposé au triage nouvellement introduit dans les établissements de soins primaires en santé mentale dans le cadre du plan des services de santé nationaux (NHS Plan) du Royaume-Uni. Ce plan prévoit l'affectation, d'ici 2004, de 500 travailleurs communautaires en santé mentale ou préposés au triage, tant à l'échelon clinique que stratégique. Au sein d'un groupe de soins primaires, le préposé au triage peut travailler en tant que membre du service local pour s'occuper de l'évaluation et du traitement dans le cas d'une urgence en santé mentale réelle ou imminente. Au sein de l'équipe de mise en œuvre locale, le préposé au triage peut s'occuper de la planification et de l'intégration des services en assurant un leadership et en facilitant la mise en place du service local.

**UNÜTZER, J., W. KATON, C. M. CALLAHAN, J. W. WILLIAMS JR., E. HUNKELER, L. HARPOLE, M. HOFFING, R. D. DELLA PENNA, P. H. NOEL, E. H. LIN, P. A. AREAN, M. T. HEGEL, L. TANG, T. R. BELIN, S. OISHI ET C. LANGSTON; investigateurs du programme IMPACT. « Improving Mood-Promoting Access to Collaborative Treatment. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial (gestion concertée des cas de dépression chez les personnes âgées dans un établissement de soins primaires : essai comparatif à répartition aléatoire) », *Journal of the American Medical Association*, vol. 288, n° 22, 11 décembre 2002, p. 2836-45. <PubMed>**

Unützer et ses collaborateurs (2002) ont mené un essai comparatif à répartition aléatoire afin de déterminer l'efficacité du modèle Improving Mood-Promoting Access to Collaborative Treatment (IMPACT), lequel s'applique aux soins de la dépression chez les personnes âgées. Le modèle IMPACT a permis à des patients de consulter un intervenant en soins de la dépression, lequel était assisté d'un médecin de premier recours et d'un psychiatre. L'intervenant donnait de l'information aux patients, coordonnait leurs soins et s'occupait de la gestion des antidépresseurs prescrits par leur médecin de premier recours ou les renseignait sur la psychothérapie dont ils faisaient l'objet. Contrairement aux patients des groupes de soins habituels, ceux du groupe IMPACT ont affiché la plus grande diminution des symptômes, étaient davantage satisfaits des soins dispensés, étaient moins dépressifs, présentaient moins de déficiences fonctionnelles et avaient une meilleure qualité de vie. Le modèle IMPACT mettait également l'accent sur les choix concernant l'éducation et le traitement des patients.

**UNÜTZER, J., W. KATON, J. W. WILLIAMS JR., C. M. CALLAHAN, L. HARPOLE, E. M. HUNKELER, M. HOFFING, P. AREAN, M. T. HEGEL, M. SCHOENBAUM, S. M. OISHI et C. A. LANGSTON. « Improving primary care for depression in late life: the design of a multicenter randomized trial (amélioration des soins primaires de la dépression chez les personnes âgées : conception d'un essai aléatoire et décentralisé) », *Medical Care*, vol. 39, n° 8, août 2001, p. 785-99. <PubMed>**

Unützer et ses collaborateurs (2001) décrivent en détail la conception de leur essai Improving Mood : Promoting Access to Collaborative Treatment, ou projet IMPACT. Dans le cadre de cet essai comparatif à répartition aléatoire, ils étudient la dépression chez les personnes âgées et comparent une méthode de traitement concerté aux soins habituels. Dans le programme de collaboration, un spécialiste en soins de la dépression, supervisé par un psychiatre et un spécialiste de premier recours, a soutenu le fournisseur habituel de soins primaires des patients durant le traitement de la dépression. Les patients ont été traités jusqu'à 12 mois avec des antidépresseurs et une thérapie de résolution de problèmes, selon un protocole par étapes. Des évaluations ont été faites après 3, 6, 12, 18 et 24 mois. La rentabilité du modèle a été examinée sur une base progressive, de même que certains paramètres, dont les soins de la dépression, les symptômes dépressifs, la qualité de vie relative à la santé, la satisfaction quant aux soins de la dépression, les coûts des soins de santé et les coûts en temps pour les patients, la productivité commerciale et non commerciale et le revenu des ménages. Les auteurs concluent que ce modèle de soins de la dépression chez les personnes âgées est rentable et que son application est possible dans une variété d'établissements de soins primaires.

**U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES.** « Report of a Surgeon General's working meeting on the integration of mental health services and primary health care (rapport d'une séance de travail du directeur du Service de santé publique des États-Unis portant sur l'intégration des services de santé mentale et des soins de santé primaires) », du 30 nov. au 1<sup>er</sup> déc. 2000, Atlanta, Géorgie. Rockville, Maryland, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General, 2001. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealthservices/mentalhealthservices.PDF>

Le rapport du US Department of Health and Human Services (2001) résume la réunion du directeur du Service de santé publique des États-Unis portant sur l'intégration des services de santé mentale aux soins de santé primaires. Au cours du discours adressé aux spécialistes en soins primaires en santé mentale, M. Satcher, puis le directeur du Service de santé publique des États-Unis, ont souligné les fortes demandes simultanées faites auprès des médecins de premier recours pour faire face à un vaste éventail de problèmes ainsi que les importantes contraintes de temps les empêchant de s'occuper des demandes supplémentaires. M. Satcher a mentionné les nouvelles possibilités de création de modèles de collaboration dans les cliniques de soins primaires afin de répondre aux besoins de la population en matière de santé mentale et a incité les médecins de premier recours à assumer un rôle de leader dans l'élaboration d'approches d'équipe.

**U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE.** « Screening for depression: recommendations and rationale (dépistage de la dépression : recommandations et justification) », Rockville, Maryland, Agency for Healthcare Research and Quality, mai 2002a. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/depression/depressrr.htm>

Dans son sommaire en ligne, l'U.S. Preventive Services Task Force (2002a) justifie brièvement sa recommandation récente voulant que les adultes soient soumis à un dépistage de la dépression dans des établissements de soins primaires. De façon générale, le groupe d'étude conclut que des tests de dépistage précis et des traitements efficaces pour la dépression sont disponibles et qu'ils devraient être utilisés dans les établissements de soins primaires. Comparativement à l'évaluation normale de la santé mentale des adultes, le dépistage de la dépression donne de meilleurs résultats, particulièrement lorsqu'il est associé à un traitement et à un suivi adéquats.

**U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE.** « Screening for depression: recommendations and rationale (dépistage de la dépression : recommandations et justification) », *Annals of Internal Medicine*, vol. 136, n° 10, 21 mai 2002b, p. 760-4. <PubMed> <FullText>

Dans son rapport sur le dépistage de la dépression dans les établissements de soins primaires, le U.S. Preventive Services Task Force (2002b) traite de considérations cliniques et d'observations scientifiques et examine les recommandations des autres groupes d'étude semblables. Ce rapport précise aussi les échelles utilisées pour classer les recommandations du groupe d'étude et les éléments de preuve.

**VALIANTI, L. C.** « **Small project reveals large cultural barriers to integrated care (un petit projet révèle la présence de grandes barrières culturelles dans les soins intégrés)** », *Behavioral Healthcare Tomorrow*, vol. 13, n° 2, avril 2004, p. 19-23. <PubMed>

Valianti (2004) examine les barrières clinico-culturelles qui sont apparues au cours de la mise en œuvre d'un programme de soins partagés auquel participaient le Providence Community Health Center et le Providence Center, le plus grand centre de soins communautaires en santé mentale du Rhode Island. En décrivant les problèmes qui sont survenus pendant la mise en œuvre et les mesures prises pour les régler, les auteurs soulignent les gestes importants qu'il faut souvent poser durant le déploiement de services de soins en collaboration. Le compromis est l'une des leçons principales qui a été tirée de l'exercice : pour atteindre le niveau de qualité de soins aux patients visée, les fournisseurs ont dû faire un compromis sur la méthode de prestation des soins. De tous les professionnels participant au programme, les intervenants du domaine du comportement sont ceux qui ont dû apporter les plus importantes modifications à leur pratique afin de pouvoir travailler dans les établissements de soins primaires et de s'adapter au modèle de pratique rapide en place.

**VAN OS, T. W., J. ORMEL, R. H. VAN DEN BRINK, J. A. JENNER, K. VAN DER MEER, B. G. TIEMENS, W. VAN DER DOORN, A. SMIT et W. VAN DEN BRINK.** « **Training primary care physicians improves the management of depression (la formation des médecins en soins primaires améliore la prise en charge de la dépression)** », *General Hospital Psychiatry*, vol. 21, n° 3, mai-juin 1999, p. 168-76. <PubMed>

Van Os et ses collaborateurs (1999) ont examiné les effets d'un programme de formation sur la capacité des médecins de premier recours hollandais à dépister les problèmes de santé mentale ainsi qu'à diagnostiquer et à traiter la dépression, selon des lignes directrices cliniques.

Au cours du test préliminaire, 1 778 patients consécutifs ont été soumis au dépistage par 17 omnipraticiens. Un échantillon stratifié de 518 patients a été interviewé relativement à la dépression. Les participants ont été formés pendant huit séances intensives de 2,5 heures, dont trois se concentraient sur la dépression. Au cours du test de suivi, un nouveau groupe de patients a été soumis au dépistage et un nouvel échantillon stratifié de patients (n = 498) a été interviewé. La connaissance des praticiens de premier recours au sujet de la dépression s'est sensiblement améliorée; leur capacité à dépister les problèmes de santé mentale et l'exactitude de leur diagnostic de dépression se sont aussi améliorées, mais elles ne sont pas statistiquement importantes. Un nombre accru de patients ont reçu des soins pour la dépression en conformité avec les lignes directrices cliniques. Les chercheurs ont conclu que la formation pourrait améliorer les soins dispensés aux personnes dépressives.

**VAN VOORHEES, B. W., L. A. COOPER, K. M. ROST, P. NUTTING, L. V. RUBENSTEIN, L. MEREDITH, N. Y. WANG et D. E. FORD.** « **Primary care patients with depression are less accepting of treatment than those seen by mental health specialists (les patients dépressifs recevant des soins primaires acceptent moins les traitements que ceux qui consultent des spécialistes en santé mentale)** », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 18, n° 12, décembre 2003, p. 991-1000. <PubMed>

L'étude transversale de Van Voorhees et ses collaborateurs (2003) porte sur les différences d'idées et de comportements entre les patients traités pour dépression qui reçoivent exclusivement des soins primaires et ceux qui suivent des traitements spécialisés. Le but de l'étude est de savoir si les patients dépressifs qui ne recevaient que des soins primaires avaient besoin de moins d'attention et acceptaient moins les traitements proposés que les patients dépressifs traités dans le cadre d'un programme spécialisé de santé mentale. Un total de



881 personnes atteintes de dépression majeure avaient reçu des soins de santé mentale dans les six derniers mois et avaient participé à trois des quatre études conjointes portant sur la dépression, qui faisaient partie de ces analyses et qui portaient sur l'amélioration de la qualité de vie lorsqu'une dépression se présente. Il est ressorti de cette étude que les comportements et les idées des patients dépressifs qui avaient reçu exclusivement des soins primaires les prédisposaient à être plus hostiles aux traitements que ceux qui avaient reçu des soins par des spécialistes en santé mentale. Les auteurs avancent que ces différences de comportements et de croyances peuvent amener aux soins des états dépressifs de moindre qualité que l'on constate dans les comparaisons entre les soins primaires et ceux qui sont prodigués par des spécialistes des soins de santé mentale.

**VINES R. F., J. C. RICHARDS, D. M. THOMSON, M. BRECHMAN-TOUSSAINT, M. KLUIN et L. VESELY.** « **Clinical psychology in general practice: a cohort study (La psychologie clinique dans la médecine générale : étude par cohortes)** », *The Medical Journal of Australia*, vol. 181, n° 2, juillet 2004, p. 74-77. <PubMed> <FullText>

Vines et ses collaborateurs (2004) fournissent une étude par cohortes d'un modèle de soins en collaboration auquel ont participé des psychologues et des omnipraticiens australiens. Ils ont mesuré le degré de dysfonctionnement psychologique chez 276 patients traités dans 11 centres d'intervention médicale (neuf groupements médicaux en milieu urbain et deux cabinets tenus par un seul médecin en milieu rural) avant et après qu'ils aient été soumis à une évaluation complète, à une formulation de leur cas ainsi qu'à des interventions psychologiques ciblées. On a constitué un groupe témoin normatif, composé de personnes qui n'avaient pas été adressées à ces centres d'intervention médicale en vue de traitements psychologiques. D'après l'étude, la moyenne des scores de traitement de la santé mentale du groupe considéré s'est sensiblement améliorée après

l'intervention, mais les scores respectifs du groupe en traitement et du groupe normatif sont restés inchangés lors du suivi. Se fondant sur ces résultats préliminaires, les auteurs considèrent que les patients présentant des troubles mentaux communs bénéficient de façon tangible de ce modèle de soins en collaboration.

**WALKER, L., P. BARKER et P. PEARSON.** « **The required role of the psychiatric-mental health nurse in primary health-care: an augmented Delphi study (rôle exigé de l'infirmière psychiatrique ou en santé mentale dans les soins de santé primaires : étude Delphi étendue)** », *Nursing Inquiry*, vol. 7, n° 2, juin 2000, p. 91-102. <PubMed>

Walker et ses collaborateurs (2000) mettent en doute qu'il existe un besoin réel d'infirmières psychiatriques dans les secteurs des soins communautaires ou de santé primaire. Les auteurs ont mené une étude Delphi étendue ainsi qu'une étude de vérification auprès des utilisateurs de services. Dans l'étude Delphi, un groupe de spécialistes a établi les éléments de la fonction d'une infirmière psychiatrique en milieu communautaire et leur a assigné un ordre de priorités. Un accord général a résulté de cette même étude quant aux importantes lacunes dans les soins primaires de santé mentale, lesquelles créent un énorme fardeau pour les omnipraticiens. Ces lacunes pourraient être comblées efficacement si l'on accroissait la fonction de l'infirmière psychiatrique en milieu communautaire. Les auteurs pensent que la fonction d'une infirmière psychiatrique devrait devenir celle d'une infirmière psychiatrique-conseil en milieu communautaire de façon à accroître son rôle, ce qui lui permettrait de dispenser directement certains soins et de soutenir les autres membres de l'équipe responsable des soins de santé primaires.

**WALKER, S. « Interprofessional work in child and adolescent mental health services (travaux interdisciplinaires en matière de services de santé mentale destinés aux enfants et aux adolescents) », *Emotional and Behavioural Difficulties*, vol. 8, n° 3, août 2003, p. 189-204. <Abstract>**

Walker (2003) décrit les résultats de l'évaluation (menée sur deux ans) d'un nouveau service multidisciplinaire en santé mentale destiné aux enfants et aux adolescents en Grande-Bretagne. Les membres de l'équipe, recrutés dans trois différents organismes, étaient des professionnels de la santé, de l'éducation et des services sociaux. Un gestionnaire opérationnel a supervisé l'équipe, dont les membres sont toutefois demeurés des employés de leur organisme d'origine. Durant une courte période, l'équipe a soutenu des familles de même que des enfants et des adolescents en difficulté au moyen d'un ensemble de mesures d'aide et de conseils à la fois thérapeutiques, pratiques et fondés sur des activités. Walker expose en détail la façon de constituer une équipe ainsi que les importants problèmes rattachés à la création d'un tel service à partir de zéro.

**WALKER, Z. et J. TOWNSEND. « Promoting adolescent mental health in primary care: a review of the literature (promotion de la santé mentale des adolescents dans les soins primaires : examen des publications sur le sujet) », *Journal of Adolescence*, vol. 21, n° 5, octobre 1998, p. 621-634. <PubMed>**

Walker et Townsend (1998) passent en revue la littérature pour vérifier l'hypothèse selon laquelle un dépistage et un traitement précoces dans le cadre de soins primaires permettraient de prévenir les problèmes de santé mentale chez les adolescents. Les auteurs exposent un examen utile de la promotion de la santé mentale, en abordant des concepts tels que la prévention primaire et secondaire, le traitement des adolescents et l'application de ces concepts dans les soins primaires. Cet examen, qui est un tour d'horizon détaillé de l'incidence et de la prévalence des problèmes de santé mentale

chez les adolescents, souligne la nécessité de reconnaître et d'examiner les cas de maladie mentale dans ce groupe. Les auteurs n'ont relevé que trois études sur l'évaluation des adolescents, lesquelles indiquent chez ces derniers un taux élevé de problèmes de santé mentale. En général, les adolescents acceptent volontiers de se rendre à des consultations, mais il en est parmi eux qui n'ont besoin d'aucune assistance. Des efforts supplémentaires s'imposent donc pour venir en aide aux adolescents qui ne se rendent pas à des consultations dans des établissements de soins primaires. Les auteurs soulignent la nécessité de rechercher des traitements efficaces pour les adolescents et de déterminer la façon la plus rentable de les offrir dans les établissements précités.

**WALSH, J. M., M. E. WHEAT et K. FREUND. « Detection, evaluation, and treatment of eating disorders: the role of the primary care physician (détection, évaluation et traitement des troubles de l'alimentation : rôle du médecin de premier recours) », *Journal of General of Internal Medicine*, vol. 15, n° 8, p. 577-590. <PubMed>**

Walsh et ses collaborateurs (2000) étudient le rôle du médecin de premier recours dans la détection, l'évaluation et le traitement des troubles de l'alimentation. S'appuyant sur un examen de la littérature de 1994 à 1999, les auteurs décrivent les facteurs de risque de même que les symptômes et les signes d'anorexie mentale et de boulimie. Ils signalent le besoin d'un traitement administré par une équipe multidisciplinaire comprenant un médecin de premier recours, un nutritionniste et un professionnel de la santé mentale. Le rôle du médecin au sein de cette équipe est d'aider à déterminer si une hospitalisation s'impose et de traiter les complications médicales possibles.

**WARD, E., M. KING, M. LLOYD, P. BOWER, B. SIBBALD, S. FARRELLY, M. GABBAY, N. TARRIER et J. ADDINGTON-HALL.**  
**« Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. I: clinical effectiveness (essai comparatif à répartition aléatoire sur le counselling non directif, la thérapie cognitivo-comportementale et les soins habituellement dispensés aux patients dépressifs par un omnipraticien. I : efficacité clinique) », *British Medical Journal*, vol. 321, n° 7273, 2 décembre 2000, p. 1383-1388.**  
 <PubMed> <FullText>

Dans un essai comparatif à répartition aléatoire, Ward et ses collaborateurs (2000) ont comparé l'efficacité des soins de médecine générale et celle de deux types de thérapie psychologique (counselling non directif et thérapie cognitivo-comportementale) chez des patients dépressifs traités en soins primaires. Les auteurs rendent compte des résultats quant à l'efficacité clinique, alors que Bower et ses collaborateurs (2000) examinent la rentabilité du traitement. On a procédé aux mesures au début de l'essai ainsi qu'après quatre mois et douze mois. Une amélioration importante a été constatée dans tous les groupes au fil du temps. Après quatre mois, les sujets des deux groupes participant à la thérapie affichaient sur l'inventaire de dépression de Beck des scores beaucoup plus élevés que ceux qui recevaient des soins classiques; il est cependant à noter que des différences ont été relevées entre les deux groupes participant à la thérapie. Par contre, après douze mois, on n'a constaté aucune différence importante entre les différents groupes. Finalement, le counselling n'avait des effets qu'à court terme.

**WASHINGTON COUNTY MENTAL HEALTH COUNCIL.** « **Guiding principles for integration: mental health and primary health care (Adopted December 5, 2002) (principes directeurs pour l'intégration des soins de santé mentale et des soins de santé primaires (adoptés le 5 décembre 2002) », Seattle, WA, The Council, 2002.**  
 Disponible à l'adresse : <http://www.nccbh.org/html/learn/PCI/role2.pdf> ou <http://www.wcmhcnnet.org/StaticContent/1/Resources/WCMHCGuidingPrinciples.htm>

En 2002, le Washington County Mental Health Council a adopté des principes d'intégration pour orienter l'élaboration de programmes de collaboration. Le document *Guiding principles for integration: mental health and primary health care* (principes directeurs pour l'intégration des soins de santé mentale et des soins de santé primaires) justifie les lignes directrices proposées et fournit des suggestions quant aux façons de les utiliser. Certains aspects des soins en collaboration sont exposés dans ces lignes directrices, notamment les suivantes : façons d'accomplir l'intégration (par des moyens cliniques, structurels ou financiers); résultats escomptés; pratiques optimales; utilisation des ressources communautaires disponibles; participation des clients et de la famille; niveaux de soins et nécessité de définitions claires.

**WATERS, D. B.** « **No one can do it alone anymore: information mastery, collaborative care, and the future of family medicine (il n'est plus possible de tout faire tout seul : maîtrise de l'information, soins en collaboration et avenir de la médecine familiale) », *Families, Systems & Health*, vol. 21, n° 4, hiver 2003, p. 339-346.**

Waters (2003) avance l'intéressante thèse voulant que les soins en collaboration, dans le domaine des sciences du comportement, soient l'équivalent de la maîtrise de l'information, une version de la médecine fondée sur des résultats cliniques et scientifiques appliquée dans les soins primaires. Cette étude comparative

W

met en lumière les nombreux avantages du traitement de la santé mentale en collaboration au niveau des soins primaires : répondre aux inquiétudes éprouvées devant l'inconnu; permettre aux praticiens d'être plus à l'aise face aux problèmes de santé mentale; apporter des changements positifs à la nature des visites des patients; fournir aux médecins un apprentissage continu par le biais de leur interaction avec les professionnels de la santé mentale; remplacer les frustrations et l'ennui éprouvés par les médecins par un sentiment de possibilité et d'intérêt lorsqu'ils traitent les problèmes de santé mentale qui sont souvent masqués chez les patients; améliorer l'orientation vers d'autres spécialistes. Waters expose également les façons d'étendre les avantages des soins en collaboration aux personnes n'ayant pas accès à de tels programmes :

- ✎ il faut promouvoir une maîtrise de l'information ainsi que les soins en collaboration dans les lieux de formation de façon à améliorer l'apprentissage chez les futurs praticiens. On leur ferait ainsi connaître une pratique optimale de la médecine, susceptible d'influer sur leur façon de dispenser des soins;
- ✎ l'éducation médicale doit intégrer des changements et des améliorations de façon à faire progresser la profession, à promouvoir de nouvelles façons de penser et à inspirer des progrès dans la pratique de la médecine;
- ✎ en outre, il importe aussi reconnaître que la collaboration et le soutien sont l'avenir, et que la médecine familiale assume un rôle majeur dans le développement de ce modèle de soins.

**WEENE, K.A. « The psychologist's role in the collaborative process of psychopharmacology (le rôle du psychologue dans le processus collaboratif de la psychopharmacologie) », *Journal of Clinical Psychology*, vol. 58, n° 6, juin 2002, p. 617-621. <PubMed>**

Weene (2002) traite de la façon dont le psychologue conçoit son propre rôle dans l'équipe de soins primaires pour ce qui est de

l'administration de médicaments psychotropes. Or, l'administration appropriée de médicaments exige un effort d'équipe pour quatre raisons : les données cliniques servant à déterminer le besoin d'un tel traitement sont très subjectives; comme les médicaments prennent du temps à agir, il faut veiller activement à ce que le traitement soit bien suivi; les autres institutions concernées (p. ex. les écoles) doivent être informées du temps requis pour établir le régime de traitement; il faut vérifier activement l'information disponible de façon à pouvoir suivre les changements rapides qui se produisent dans la science des médicaments psychotropes et l'étude du cerveau. Weene expose en détail la façon dont les psychologues peuvent contribuer à ces tâches dans le contexte des soins primaires afin de permettre aux médecins de se concentrer sur les soins médicaux.

**WEISNER, C., J. MERTENS, S. PARTHASARATHY, C. MOORE et Y. LU. « Integrating primary medical care with addiction treatment: a randomized controlled trial (intégration des soins médicaux primaires dans le traitement de la toxicomanie : essai comparatif à répartition aléatoire) », *Journal of the American Medical Association*, vol. 286, n° 14, 10 octobre 2001, p. 1715-1723. <PubMed>**

Dans un essai comparatif à répartition aléatoire, Weisner et ses collaborateurs (2001) examinent les différences entre d'une part, les résultats des traitements et, d'autre part, les coûts de modèles intégrés et indépendants de toxicomanie et des soins médicaux qu'ils supposent ainsi que les coûts de traitement d'un sous-groupe de sujets qui souffrent de problèmes médicaux liés à leur toxicomanie. D'après toutes les mesures concernant la consommation de drogues et d'alcool, une amélioration a été constatée dans chacun des deux groupes. En outre, aucune différence n'a été constatée entre les deux groupes quant aux taux d'abstinence totale. Les patients souffrant de problèmes médicaux liés à leur toxicomanie qui faisaient partie du groupe de soins intégrés étaient plus susceptibles

d'être abstinentes que les patients appartenant au groupe de soins indépendants, que leur problème fut d'ordre médical ou psychiatrique. Comparativement aux sujets appartenant au groupe de soins indépendants, les coûts étaient un peu plus élevés, mais pas sensiblement, pour le groupe qui avait reçu des soins intégrés ainsi que pour les sujets qui souffraient de problèmes médicaux liés à leur toxicomanie. La prestation de soins intégrés du sous-groupe a été jugée profitable et rentable.

**WELLS, K.B., S. H. KATAOKA et J. R. ASARNOW.** « **Affective disorders in children and adolescents: addressing unmet need in primary care settings (troubles affectifs chez les enfants et les adolescents : comment combler les besoins non comblés des établissements de soins primaires)** », *Biological Psychiatry*, vol. 49, n° 12, 15 juin 2001, p. 1111-1120. <PubMed>

Wells et ses collaborateurs (2001) abordent la question des besoins non comblés des enfants et des adolescents aux prises avec des troubles affectifs. Selon les auteurs, le diagnostic et le traitement de ces troubles chez les jeunes peuvent avoir lieu adéquatement dans le cadre de soins primaires. Ils examinent les nombreux facteurs contribuant au faible taux de détection de ces problèmes dans lesdits soins primaires, y compris ceux qui touchent à l'enfant et à la famille, au clinicien, à la pratique médicale et au système de soins de santé. Les auteurs proposent des solutions dans le contexte américain, dont les suivantes : une application plus systématique des programmes qui fournissent une couverture d'assurance à tous les enfants; des lois plus strictes en matière de parité assurant l'équité des prestations déterminées et l'application de stratégies de gestion des soins pour tous les troubles physiques et mentaux; une application généralisée, dans les établissements de soins primaires, des programmes d'amélioration de la qualité dans les établissements de soins primaires destinés à promouvoir la collaboration entre les spécialistes et les médecins de premier recours, à soutenir le recours à des gestionnaires pour

coordonner les soins et à former les fournisseurs de soins quant aux principes développementaux et médicaux associés aux troubles affectifs. Les auteurs recommandent que des recherches soient menées sur le traitement de la dépression et d'autres troubles affectifs dont souffrent les enfants et les adolescents.

**WELLS, K. B., C. SHERBOURNE, M. SCHOENBAUM, N. DUAN, L. MEREDITH, J. UNÜTZER, J. MIRANDA, M. F. CARNEY et L. V. RUBENSTEIN.** « **Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial (incidence de la diffusion des programmes d'amélioration de la qualité associés au traitement de la dépression dans le cadre de soins primaires gérés : essai comparatif à répartition aléatoire)** », *Journal of the American Medical Association*, vol. 283, n° 2, 12 janvier 2000, p. 212-220. <PubMed>

Dans un essai comparatif à répartition aléatoire, Wells et ses collaborateurs (2000) ont comparé la prestation habituelle de soins avec un programme bonifié par des améliorations de la qualité. Les améliorations de la qualité comprenaient de meilleures ressources destinées soit à soutenir la gestion de la pharmacothérapie, soit à fournir une psychothérapie de la dépression. Les auteurs ont formulé l'hypothèse que la diffusion des améliorations de la qualité associées au traitement de la dépression administré dans des conditions naturalistes pouvait améliorer la qualité des soins et les résultats en matière de santé au cours d'un suivi d'une année. Il ressort de cette étude que cette mise en œuvre des programmes d'amélioration de la qualité qui ont fait progresser le traitement de la dépression, sans que cela ait été leur objectif, a eu des effets positifs sur la qualité des soins, sur les résultats concernant la santé mentale et sur la conservation, par les personnes dépressives, de leur emploi au cours de l'année. Toutefois, dans l'ensemble, le nombre de visites médicales n'a pas augmenté.

W

**WILSON, I. et C. HOWELL.** « **Small group peer support for GPs treating mental health problems (soutien apporté aux omnipraticiens qui traitent des problèmes de santé mentale par des petits groupes constitués de pairs)** », *Australian Family Physician*, vol. 33, n° 5, mai 2004, p. 362-364. <PubMed> <FullText> ou <FullText>

Wilson et Howell (2004) plaident pour que les omnipraticiens qui traitent des problèmes de santé mentale aient recours à des petits groupes de soutien constitués de pairs. Bien qu'ils n'aient relevé aucun modèle de soutien apporté précisément par des pairs, un tel soutien étant généralement désigné dans la littérature sous le nom de « supervision », les auteurs ont mis à l'essai un certain nombre d'activités, y compris le recours à des groupes de Balint, à des activités éducatives en petits groupes et à des téléconférences. Selon eux, le soutien par des pairs permet d'obtenir des réactions et de partager des expériences fort utiles de la part des membres du groupe, dont le parcours professionnel est diversifié. Dans le cadre de l'initiative australienne Better Outcomes in Mental Health Care (meilleurs résultats obtenus en soins de santé mentale), les auteurs ont établi un programme de formation pour les animateurs des groupes de soutien par des pairs qui travaillent avec des groupes d'omnipraticiens. Dans un essai pilote, on a modifié le manuel de formation pour permettre aux animateurs de faciliter l'apprentissage par petits groupes et de s'adapter aux différentes personnalités rencontrées au sein d'un groupe; on a aussi révisé les principes de protection des renseignements personnels à l'échelon national et à celui des états en ce qui concerne les activités éducatives de groupe; finalement, on a publié le manuel pour en étendre la diffusion. Le projet pilote a entraîné la mise sur pied de plusieurs groupes de soutien par des pairs dans le sud de l'Australie.

**WRIGHT, N. M., C. N. TOMPKINS, N. S. OLDHAM et D. J. KAY.** « **Homelessness and health: what can be done in general practice? (itinérance et santé : de quels moyens la médecine générale dispose-t-elle?)** », *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol. 97, n° 4, avril 2004, p. 170-173. <PubMed>

Dans leur survol des problèmes de santé communs que connaissent les sans-abri, Wright et ses collaborateurs (2004) énoncent les principes de pratiques optimales en matière d'intervention en soins primaires. Ils examinent les problèmes de consommation de drogues et d'alcool, la santé mentale et la possibilité de promouvoir la santé. Ils plaident pour la prestation de « soins primaires spécialisés » pour les sans abri dans les grands centres urbains, laquelle serait soutenue par un intervenant particulier qui serait chargé d'assurer la liaison ou la réintégration sociale. Cet intervenant aiderait des sans-abri à franchir les étapes menant à leur acheminement vers des soins médicaux généraux. Pour les zones comptant moins de sans-abri, les auteurs proposent des services de soins primaires généraux plus développés et fondés sur une optique de collaboration.

**YEUNG, A., W. W. KUNG, H. CHUNG, G. RUBENSTEIN, P. ROFFI, D. MISCHOULON et M. FAVA.** « **Integrating psychiatry and primary care improves acceptability to mental health services among Chinese Americans (l'intégration des soins psychiatriques et primaires porte les Sino-Américains à accepter plus facilement les services de santé mentale)** », *General Hospital Psychiatry*, vol. 26, n° 4, juillet août 2004, p. 256-260. <PubMed>

Yeung et ses collaborateurs (2004) traitent de la reprise du projet Bridge pour les Sino Américains de Boston; le programme Bridge visait à augmenter la collaboration entre les services de soins primaires et les services de santé mentale destinés aux Sino Américains de New York. Le but de ce programme était d'augmenter le nombre

de cas orientés en vue d'un traitement ou pour engager les sujets à suivre un traitement dans un établissement de santé communautaire. Le projet comportait quatre volets : donner une formation aux omnipraticiens sur les problèmes courants de santé mentale pour leur permettre d'améliorer leurs diagnostics; sensibiliser les médecins et les infirmières aux spécificités culturelles; désigner une infirmière pour assurer un lien entre les soins primaires et les soins comportementaux et éliminer toute barrière structurale; veiller à ce qu'un psychiatre de liaison soit disponible pour fournir l'évaluation et le traitement sur place, dans la clinique de soins primaires. Dans l'ensemble, ces efforts ont été fructueux étant donné l'augmentation du nombre de cas orientés vers un autre praticien et du nombre de personnes ayant accepté de suivre le traitement.

**ZEISS, A. M. et D. G. THOMPSON. « Providing interdisciplinary geriatric team care: what does it really take? (administration des soins gériatriques par une équipe interdisciplinaire : les moyens requis) » *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol. 10, n° 1, printemps 2003, p. 115-119. <Abstract>**

Zeiss et Thompson (2003) mettent en lumière le rôle du psychologue dans l'exécution des programmes de soins gériatriques par des équipes interdisciplinaires. Ils fournissent une analyse utile des éléments nécessaires à un travail d'équipe efficace et mettent en contraste les approches multidisciplinaires et interdisciplinaires. Ils présentent aussi une liste approfondie des qualifications de base que doivent posséder les psychologues pour faire partie d'une équipe interdisciplinaire.

**ZILlich A. J., R. P. MCDONOUGH, B. L. CARTER et W. R. DOUCETTE. « Influential characteristics of physician/pharmacist collaborative relationships (caractéristiques agissantes dans les relations de collaboration entre les médecins et les pharmaciens) », *The Annals of Pharmacotherapy*, vol. 38, n° 5, mai 2004, p. 764-770. Publication électronique le 18 mars 2004. <PubMed>**

Zillich et ses collaborateurs (2004) présentent un modèle théorique innovateur des relations de collaboration entre les pharmaciens et les médecins fondé sur trois groupes de caractéristiques relationnelles : les participants (données démographiques), le contexte (le milieu de pratique et l'interaction professionnelle entre les médecins et les pharmaciens) et les échanges (la nature des échanges sociaux). Les auteurs ont mis ce modèle à l'essai à l'aide d'un questionnaire distribué à un échantillon aléatoire de 1000 médecins de premier recours en Iowa. Le questionnaire, nommé *Physician/Pharmacist Collaboration Instrument*, comprenait les éléments du modèle ainsi que cinq questions relatives au mode de collaboration du médecin avec des pharmaciens. En tout, 334 questionnaires utilisables ont été retournés. Les principaux paramètres du modèle étaient les suivants : être médecin interne, entretenir des rapports professionnels avec un pharmacien et être sensible à trois facteurs dans ces relations, à savoir la définition exacte du rôle de l'un et de l'autre, des relations de confiance et la façon dont la collaboration débute. On estime que la connaissance de ces facteurs pourra favoriser la participation des pharmaciens aux soins primaires.

**ZYGOWICZ, K. M. et S. M. SAUNDERS. « A behavioral health screening measure for use with young adults in primary care settings (mesure d'évaluation de la santé comportementale des jeunes adultes dans les établissements de soins primaires) », *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, vol. 1, n° 2, juin 2003, p. 71-77. <Abstract>**

Zygowicz et Saunders (2003) ont examiné l'utilisation d'une mesure d'évaluation de la santé comportementale des jeunes adultes dans les établissements de soins primaires. Devant les demandes concernant des évaluations de santé mentale de routine chez des jeunes adultes au niveau des soins primaires, on a élaboré un outil d'auto-évaluation qui a été mis à l'essai dans le cadre de deux études destinées à vérifier son utilité et son efficacité. La première étude avait pour objectif de déterminer le score seuil de cet outil. On a ensuite utilisé ce score-seuil dans la seconde étude pour diviser un échantillon de jeunes adultes en deux groupes : ceux atteints d'une maladie mentale et ceux ne l'étant pas. Selon les analyses, les deux groupes affichaient des différences quant aux indices de dépression, d'inquiétude et de bien-être général. Cet instrument a été jugé utilisable dans les établissements de soins primaires où les outils d'évaluation doivent être d'emploi facile et peuvent être remplis rapidement dans des contextes variés. De tels outils devraient contribuer à réduire les perturbations dans la pratique clinique courante et devraient donner des résultats faciles à calculer et à interpréter.



---

## Index des auteurs

---

### A

Abrahams 75, 183  
Akhavain 116, 118, 120, 143, 183  
Albrecht 135, 183  
Alkin 136, 184  
Anderson 136, 185  
Anfinson 110, 185  
Anthony 18, 186  
Appleton 75, 186  
Araya 111, 187  
Arthur 83, 187  
Atkin 127, 187

### B

Badger 14, 28, 41, 48, 58, 60, 77, 78, 93-96, 116, 118-120, 125, 127, 141, 158, 188, 189, 269, 270  
Baker 126, 127, 257  
Baldwin 125, 189  
Barnes 57, 135, 190  
Barrett 135, 190  
Bartels 84, 191  
Bashir 130, 191  
Bateman 117, 192  
Bellman 137, 192  
Berardi 108, 193  
Bernard 72, 73, 208  
Bindman 130, 193  
Birleson 72, 73, 194  
Birmingham 150, 253  
Bland 2, 10  
Blashki 136, 194  
Blitz 119, 140, 213  
Blount 14, 16, 33, 36, 37, 41, 52, 92-96, 98-100, 116, 131, 132, 154, 161, 165, 166, 172, 176, 195, 196, 213, 233, 236, 275, 276, 298  
Bona 110, 185  
Borowsky 109  
Borrill 116, 196  
Bower 71, 73-75, 107, 109, 110, 129, 196-200, 307  
Bowers 112, 123, 241  
Bradley 71, 76, 201  
Bray 124, 201

Brown 85, 125, 202  
Brownhill 109, 202  
Brucker 145, 203  
Budin 87, 203  
Burley 124, 203  
Buszewicz 116, 117, 119, 204  
Byng 52, 65, 205

## C

Caan 34, 36, 205  
Callahan 32, 34, 81, 82, 84, 123, 206  
Cape 130, 207  
Carr 134, 299  
Cashman 147, 207  
Chisholm 125, 126, 207  
Chur-Hansen 136, 208  
Churchill 33, 39, 208  
Cockburn 72, 73, 208  
Columbo 62  
Cook 128, 136, 147, 209, 210  
Cooper 59, 210  
Corney 125, 211  
Coyne 34, 81, 82, 85, 124, 211, 212, 229  
Craske 111, 112, 151, 212  
Craven 2, 10  
Crews 65, 213

## D

Davis 17, 110, 119, 140, 213, 288  
Daw 136, 213  
Dea 46, 59, 93, 94, 96, 214  
De Alba 65, 214  
DeBar 71, 214  
Deehan 65, 66, 262  
DeGruy 215  
DeLeon 118, 119, 123, 279  
Dewa 7, 42, 43, 215  
Dickey 63, 65, 216  
Dietrich 86, 109, 216  
Dixon 63, 216  
Dobmeyer 136, 217

Dobscha 134, 136, 217  
 Dodds 87, 218  
 Druss 7, 14, 21-23, 38, 63, 65, 219, 220  
 Dwight-Johnson 110, 220

## E

Emmanuel 130, 220  
 Engel 16  
 Evans 147, 221  
 Eve 137, 221

## F

Farrar 147, 151, 222  
 Feinman 110, 151, 222  
 Felker 116, 117, 128, 222  
 Finley 125, 223  
 Firth 125, 126, 223, 224  
 Fisher 81  
 Fitzpatrick 65, 224  
 Flaherty 75, 225  
 Freeman 60, 116, 225  
 Freeth 133, 226  
 Friedli 33, 35, 130, 226  
 Friedmann 66, 67, 227  
 Fritz 124, 228  
 Fuller 51, 77, 80, 228

## G

Gagné i, 2, 3, 153  
 Gallo 34, 81, 82, 229  
 Ganzini 134, 136, 217  
 Garralda 71, 72, 73, 75, 229, 249  
 Gask 15, 24, 32, 34-38, 48, 55, 107, 109, 110, 198, 230  
 Gerdes 145, 230  
 Getler 116, 231  
 Glasby 57, 231  
 Godin 126  
 Goetz 24, 96, 101, 154, 231, 266  
 Goldberg 136, 231  
 Goldman 7, 39, 232  
 Goscha 55, 232

Gow 19, 232  
Gray 127, 232  
Greenley 18, 242  
Griffith 16, 95, 233  
Groom 7, 28, 44, 237

## H

Hahn 136, 234  
Hales 124, 127, 234  
Hamilton 130, 246  
Hammond-Rowley 75, 186  
Hargett 116, 299  
Harmon 108, 235  
Hart 116, 117, 141, 235  
Hedrick 108, 149, 236  
Heinrich 52, 92, 141, 276  
Heldring 16, 236  
Henkel 110, 236  
Herrman 117-119, 140, 141, 237  
Hickie 7, 28, 44, 237  
Holleman 87, 238  
Hollifield 88, 89, 238  
Horder 135, 239  
Howard 125, 240  
Howe 128, 210  
Howell 136, 310  
Hudson 57  
Hull 108, 240  
Hunkeler 127, 240  
Hyvönen 120, 122, 241

## J

Jackson-Bowers 123, 241  
Jacobson 18, 71-73, 242  
Jeffries 142, 143, 146, 268  
Jenkins 6-8, 21, 23, 28-32, 35, 38, 49, 93-95, 110, 120, 130, 140-142, 151, 242, 243, 268  
Jones 52, 127, 205, 292  
Judd 80, 243

## K

Kaas 127, 244

Kanapaux 116, 244  
 Kates 7, 14, 119, 124, 128, 130, 131, 140-142, 245, 246  
 Katon 96, 101, 102, 110, 111, 154, 247  
 Kerwick 136, 247  
 Kessler 109  
 King 33, 35, 226  
 Kirchner 79, 248  
 Kisely 107, 248  
 Knapp 147  
 Kramer 71-73, 75, 249  
 Kushner 124, 249

## L

Lacey 129, 250  
 Lankshear 118, 250  
 Larivaara 137, 251  
 Lean 63, 251, 252  
 Lee 45, 252  
 Leiper 124, 293  
 LeMoine 125, 126  
 Lester 7, 24, 25, 28, 57, 64, 92, 116, 135, 150, 231, 252, 253  
 Lichtenberg 137, 253  
 Lin 84, 254  
 Lipkin 118-120, 140, 254  
 Lloyd 147, 221  
 Lorenz 15, 16, 21, 52, 53, 119, 254  
 Lovejoy 136, 185  
 Lovell 113, 255  
 Ludman 110, 111, 247  
 Lunt 127, 187  
 Lyles 127, 255

## M

Macdonald 74, 76, 259  
 MacGregor 29, 299  
 Macnee 77, 78, 257  
 MacNeill 137, 253  
 MacNiven 19, 232  
 Malcolm iv, 79, 260  
 Mann 28, 35, 127, 261  
 Marchildon 123, 284  
 Marion 65, 262

Marshall 65, 66, 262  
Martin 34, 36, 38, 262  
Mauer 14, 49, 51, 56, 59, 93, 95, 96, 105, 109, 118, 120, 140, 141, 148, 149, 151, 263, 264  
Mauer/National Council for Community Behavioral Healthcare 49, 56, 93, 118, 140  
Mayall 137, 264  
McAllister 58, 60, 256  
McBride 136, 256  
McCabe 77, 78, 257  
McCann 126, 127, 257  
McCrone 45, 258  
McDaniel 123, 258  
McGuire 33, 39, 208  
Meadows 63-65, 264  
Mellor-Clark 110, 130, 243, 265  
Mildred 74, 266  
Miles 24, 266  
Millar 127, 266  
Miller 37, 62, 64, 171, 267  
Millward 142, 143, 146, 268  
Mulsant 85  
Mynors-Wallis 110, 269

## N

Nikkonen 120, 122, 241  
Nolan 14, 28, 41, 48, 58, 60, 93-96, 116, 118-120, 127, 141, 158, 188, 269, 270  
Norton 125, 159, 161, 165, 166, 172, 176, 195, 196, 213, 233, 236, 270, 275, 276, 298  
Nutting 110, 271

## O

Oishi 84, 272  
Ólafsdóttir 81, 272  
Osher 65, 67, 69, 273  
Oslin 83, 297  
Oxman 81-86, 110, 151, 273, 274

## P

Pace 123, 274  
Pajonk 63, 168, 251, 252  
Papa 137, 275  
Parham 130, 207  
Parthasarathy 69, 275

Patterson 36, 118, 119, 134, 140, 141, 275  
Paxton 96, 103, 154, 276  
Peek 52, 92, 141, 276  
Perth 107, 248  
Petersen 15, 28, 29, 276, 277  
Pirkis 124, 144, 147, 148, 278  
Pollin 118, 119, 123, 279  
Potter 131, 285  
Price 111, 279

## Q

Quirk 41, 46, 48, 58, 280  
Qureshi 137, 280

## R

Rapp 55, 232  
Raue 85, 280  
Raymond 82, 281  
Reeves 133, 226, 281  
Reilly 146, 281  
Reynolds 85, 282  
Richards 113, 136, 282, 283  
Roberts 127, 283  
Rogers 15, 32, 34-38, 48, 55, 124, 201, 230  
Rollman 111, 112, 149, 283  
Romanow 123, 284  
Rost 110, 284, 285  
Russell 131, 285  
Rutter 62, 286  
Ryan-Nicholls 77, 286

## S

Saitz 65-67, 286, 287  
Samet 66-70, 287  
Satcher 22, 35, 303  
Saunders 71, 73, 312  
Saur 110, 288  
Schaefer 17, 110, 288  
Schneider 81, 295  
Schulberg 85, 289  
Schwenk 33, 81, 82, 84, 289

Scott 2, 136, 290  
Secker 136, 290, 291  
Sederer 124, 291  
Shanley 126, 292  
Shannon-Jones 127, 292  
Shields 145, 203  
Sibbald 129, 200  
Sicotte 143, 145, 293  
Sigel 293  
Simon 110, 294  
Simpson 110, 294  
Sokhela 127, 295  
Sorohan 136, 295  
Speer 81, 295  
Spruill 118, 123, 136, 141, 296  
Staab 110, 296  
Stark 136, 296  
Stevens 137, 297  
Stewart 83, 297  
Stichler 51, 119, 297  
Strathdee 6, 7, 21, 23, 28-32, 49, 50, 93-95, 120, 140-142, 151, 243, 298  
Strosahl 17, 19-21, 40, 96-98, 116, 154, 298  
Sturm 35, 298  
Swartz 29, 299

## T

Taanila 137, 251  
Tarren-Sweeney 134, 299  
Thomas 116, 299, 300  
Townsend 71-73, 306  
Trainor 19, 300  
Twilling 136, 301  
Tylee 35, 136, 247, 261

## U

U.S. Department of Health and Human Services 22, 34-36, 40, 62, 172, 176, 273, 296  
Udwin 75, 183  
Unützer 82, 84, 302

## V

Valianti 117, 140



van Os 136  
Van Voorhees 109, 304  
Vines 124, 305  
Vostanis 75, 76, 228, 290

## W

Walker 71-73, 76, 127, 305, 306  
Walsh 58, 60, 125, 256, 306  
Ward 110, 307  
Waters 150, 307, 308  
Weene 123, 308  
Weisner 66, 67, 308  
Wells 71, 72, 109, 110, 309  
Wilson 136, 310  
Wright 86, 310

## Y

Yeung 88, 310

## Z

Zeiss 116, 123, 311  
Zillich 125, 311  
Zygowicz 71, 73



## Index des sujets

### A

Accessibilité i, ii, v, 3-5, 11, 14, 25, 29, 31, 59, 80, 91, 113, 148, 153, 202-204, 219, 231, 254, 293  
 Administration de médicaments 112, 127, 266, 308  
 Approche basée sur la population ii, iii  
 Approche de groupe 104  
 Approche holistique v, 15, 16, 19, 78, 91, 115, 126, 156, 232, 236, 239, 292, 299  
 Autogestion 18, 28, 31, 59, 236  
 Autotraitement iv, 4, 19, 49, 59, 104, 112, 113, 128, 282

### B

Bazelon Center 158, 192

### C

Cadre de travail de l'ICCSM i  
 Centres de coordination 6, 139  
 Cheminements cliniques 140, 155  
 Clientèles spéciales  
 adolescents v, 55, 71-76, 89, 137, 154, 179, 183, 186, 194, 197, 201, 214, 228, 229, 242, 249, 259, 260, 266, 290, 306, 309  
 alcoolisme 66-68, 70, 124, 262, 297  
 Autochtone 232  
 dépendance v, 45, 55, 65-71, 79, 83, 84, 102, 214, 227, 228, 273, 297  
 dépression chez les personnes âgées 81, 84, 137, 184, 212, 224, 264, 273, 289, 302  
 diversités ethniques 57, 88  
 enfants v, 55, 71-76, 89, 129, 137, 154, 164, 183, 186, 192, 194, 195, 197, 201, 204, 214, 228, 229, 249, 250, 259, 260, 266, 269, 290, 300, 306, 309  
 maladie mentale de longue durée 52  
 maladie mentale grave v, 2, 23, 33, 55, 62-65, 67, 89, 93, 95, 104, 108, 125, 128, 132, 154, 185, 192, 194, 202, 213, 216, 219, 224, 225, 240, 267, 291, 298, 299  
 populations rurales v, 55, 89, 154  
 Premières nations 19, 232  
 problèmes de dépendance v, 45, 55, 65-68, 70, 71, 83  
 psychose maniacodépressive 104  
 rural 9, 52, 78-80, 124, 134, 136, 158, 161, 164, 168, 169, 171, 172, 174, 189, 201, 208, 228, 243, 244, 248, 257, 260, 270, 286, 305  
 sans-abri v, 86, 87, 310  
 schizophrénie 63-65, 72, 103, 104, 150, 209, 216, 253  
 troubles anxieux 84, 93, 104, 108, 111, 112, 143, 183, 191, 199, 255, 279, 280, 282, 284, 285, 296  
 troubles de la personnalité 104, 269, 299  
 troubles paniques généralisés 111, 149, 212, 283

VIH v, 87, 88, 203, 218, 227, 237  
 Communauté i-v, ix, 4, 8, 11, 15, 18, 19, 23, 27, 37, 38, 47-49, 51, 53, 63, 75, 77, 79, 80, 84, 88, 92, 101, 153  
 Conflit à propos du rôle 125  
 Consultation vii, 6, 9, 23, 24, 42, 45, 64, 69, 75, 76, 80, 82, 86, 97, 107-109, 112, 129, 132, 146, 150, 154, 159, 165, 168, 172, 183, 185, 186, 189, 190, 193-195, 197-201, 204, 207, 210, 212, 215, 218, 220, 225, 226, 228, 229, 235, 236, 238, 240, 246, 248-250, 254, 260, 263-265, 272, 274, 279, 281, 283, 290  
 Consultation-liaison 23, 24, 42, 75, 76, 82, 108, 129, 159, 165, 197, 198, 200, 229, 235, 236, 240, 281  
 Consultations psychiatriques 46, 105-107, 186  
 Coordination 6, 44, 87, 88, 92, 94, 106, 116, 123, 124, 139, 140, 144, 145, 155, 193, 219, 238, 246, 249, 257, 264, 265, 267  
 Culture v, 16, 18, 21, 53, 85, 87, 88, 120, 132, 137, 163, 169, 185, 190, 213, 217, 221, 232, 235, 242, 254, 277, 278, 285  
 Culture de l'équipe 137, 221

## D

Descriptions de poste 140, 155, 228  
 Directives sur les traitements viii, 5, 18, 83, 101, 103, 105, 106, 124, 139, 140, 148, 155, 184, 202, 206, 291, 296, 297, 301, 304, 307  
 Diversité v, 35, 120, 256

## E

### Éducation et formation

éducateur 194  
 éducation iii, 2, 9, 11, 29, 31, 32, 34, 49, 60, 61, 75, 76, 80, 83, 102, 105, 106, 122, 131, 132, 134, 138, 153, 188-190, 194, 206, 224, 226, 229, 233, 237, 239, 241, 270, 271, 274, 283, 284, 295-297, 299, 302, 306, 308  
 enseignant 133, 222  
 études interdisciplinaires 132  
 études supérieures 134, 135, 217  
 formateur 131, 283  
 formation iii, vii, 2, 5, 6, 8, 11, 16, 29-31, 36, 43-46, 50, 51, 70, 71, 73, 74, 76, 80, 88, 102, 103, 112, 115, 116, 120, 124, 125, 128, 129, 131-138, 141, 146, 152, 153, 155, 157, 183-185, 187, 188, 190, 191, 193, 194, 201, 203, 204, 206, 208, 209, 213, 217, 222-224, 228, 229, 231-235, 237, 240, 242-248, 251, 253-256, 259, 261-264, 266, 268, 270-272, 275, 276, 279-281, 283-285, 290, 291, 295-297, 299-301, 304, 308, 310, 311  
 formation continue vii, 31, 44, 51, 131, 141, 155, 194, 204, 235, 245  
 formation interprofessionnelle 157, 183, 184, 190, 253, 275, 281  
 formation médicale 5, 16, 131, 136, 141, 146, 187, 245, 247, 256  
 formation médicale continue 5, 146, 247  
 former 36, 89, 115, 130, 132, 154, 185, 191, 196, 213, 217, 250, 285, 292, 309  
 matériel éducatif 5, 31, 102, 111  
 premier cycle 134, 190, 229, 265, 299  
 professeur 131, 191, 239

programme i, ii, iv, v, viii, ix, 1, 4, 6, 8, 13, 21, 25, 27, 30, 32, 35-37, 40, 43-47, 49, 50-53, 55, 57, 59, 60, 64-69, 71, 74, 76, 77, 79, 80, 83, 86-88, 96, 98, 100, 104, 107, 108-111, 118, 124, 126, 127, 130-137, 139, 141-144, 147-149, 151-154, 158, 167, 168, 173, 177, 183-188, 190, 192-196, 198, 201, 203, 205, 206, 208-211, 213, 217-223, 225, 227-229, 231-244, 246, 248, 249, 251, 253, 255, 256, 260, 262, 264, 265, 273-281, 283-290, 292, 294, 295, 297-302, 304, 307-311

programme de mentorat et de formation 124, 137, 192

psychoéducation 65, 105, 106, 197, 268

thérapie cognitivo-comportementale 105, 106, 111, 113, 212, 273, 282, 307

Ententes de services 6, 44

Ententes verbales 139

Équipe vi-ix, 3, 5, 7, 9, 17, 22, 24, 42, 51-53, 55, 56, 59, 62, 76, 80, 83, 94, 97, 98, 100, 103, 104, 107, 108, 111-113, 115-120, 122-130, 132, 134-138, 140, 142-144, 146-149, 151, 152, 154, 155, 183, 187, 191, 192, 193, 195, 196, 198, 199, 203, 204, 206, 207, 209, 210, 213, 217, 218, 219, 221-223, 226, 228, 229, 235-240, 244, 246, 250-253, 257, 258, 268, 272, 274, 284, 286, 292, 293, 295-298, 300, 301, 303, 305, 306, 308, 311

Équipe interdisciplinaire 192, 210, 217-219, 295, 311

Espace de travail 151, 222

## F

Famille i, vi, 1, 19, 20, 38, 42, 44, 45, 50, 55, 57, 64, 66, 67, 73-75, 80, 87, 93, 94, 98, 101, 115, 124, 125, 126, 132, 147, 150, 151, 183, 209, 222, 224, 229-231, 238, 240, 245, 246, 250, 251, 258, 262, 263, 268, 274, 279, 282, 300, 307, 309

Fiabilité 118, 227

Financement, mécanismes de rémunération et coûts

coûts iv, 13, 21, 23, 30, 35, 36, 40-43, 45-47, 49, 50, 57, 69, 71, 75, 83, 84, 95, 112, 130, 193, 194, 197, 199, 210, 212, 215, 216, 219, 221, 226, 230, 247, 258, 263, 266, 275, 279, 282, 294, 295, 298, 299, 302, 308, 309

économique iv, 40, 73, 213, 282, 302, 306, 309

financement i-iii, viii, ix, 4, 7, 8, 11, 23, 27, 29, 30, 32, 35, 39, 40, 42, 46, 47, 50, 75, 80, 88, 101, 133, 153, 184, 187, 188, 245, 250, 252, 260, 262, 264, 280, 281, 299

gestion des soins v, 8, 14, 21, 23, 24, 31, 36, 39-41, 52, 56, 60, 63, 65, 79, 84, 87, 92-97, 99, 101, 108, 119, 148, 189, 191, 196, 206, 214, 219, 220, 223, 231, 233, 235, 238, 257, 263, 267, 274-276, 279, 284, 294, 296, 298, 300, 304, 308, 309

mécanismes de financement iii, ix

paiement 7, 42, 43, 44, 102, 216

paiement à l'acte 7, 42, 43, 44, 216

paiement per capita 7, 43, 44, 216

plans de rémunération iii, 7, 40, 42-45, 66, 82

plans de rémunération mixtes 43

rémunération iii, 7, 40, 42-45, 47, 50, 53, 66, 71, 82, 124, 153, 215, 216

## G

Gestion iii, iv, 18, 24, 40, 41, 49, 57, 59, 60, 62, 67, 69, 74, 78, 79, 84, 85, 87, 89, 100, 102, 103, 105-107, 111, 126, 143, 148, 151, 187-189, 192, 194, 204, 214, 215, 218, 220, 222-224, 227, 231, 234-238, 249, 256, 257, 263, 271, 274, 276, 277, 284, 286, 288-291, 293, 294, 296, 302, 309

Gestion de cas 67, 69, 87, 102, 105-107, 111, 218, 223, 227, 234, 235, 284, 288, 289  
Groupe de pratique 102, 300  
Groupe de travail sur la collaboration viii  
Groupes d'usagers ii, iii, ix, 11, 20, 21, 69, 82

## I

IMPACT 84, 85, 169, 172, 177, 254, 272, 302  
Intégration horizontale ii, 13, 20, 25, 98  
Intégration verticale iii, 13, 21, 98, 298  
Interface de santé mentale/soins primaires ii, 219  
Interprofessionnel 10, 135, 191, 239, 251  
Intervention en cas de toxicomanie 105

## L

Leadership 79, 80, 86, 102, 103, 117, 123, 139, 140, 155, 189, 237, 262, 281, 301  
Locaux iv, vii, ix, 28, 50, 52, 53, 81, 91, 97, 119, 139, 141, 143, 151, 193, 228, 252, 257, 271, 278, 292, 298

## M

Médicaments psychotropes 41, 74, 81, 85, 308  
Membre de l'équipe 97, 116, 119, 120, 142, 143, 146, 258  
Modèle biopsychosocial 13, 16, 123, 258  
Modèle de soins de longue durée 17, 18  
Modèles axés sur la liaison avec un spécialiste 127, 258  
Modèles comportementaux 143  
Modèles fondés sur la pratique 131, 245  
Motivation de l'équipe viii, 142, 146  
Multidisciplinaire 9, 60, 67, 112, 117, 193, 195, 207, 213, 234, 236, 247, 263, 264, 281, 287, 288, 290, 300, 306

## N

National Council for Community Behavioral Healthcare (NCCBH) 49, 56, 93, 118, 140, 168, 170, 249, 263, 264

## O

Outils de dépistage 105, 106, 110, 236, 237  
Outils idéologiques 122, 241  
Outils interactifs 155, 241  
Ouverts à d'autres cultures 120

## P

- Paradigme de rétablissement 13, 18
- Partage de la responsabilité des soins 143
- Partage des soins i, vii, 2, 10, 43-45, 48, 144, 145, 161, 243, 258, 265, 266, 298
- Patients admis 214
- Pays à faible revenu 22, 28, 95
- Pays à revenu élevé 22
- Pays et villes
- Afrique du Sud 29, 276, 295, 299
  - Angleterre 7, 28, 45, 58, 62, 75, 86, 108, 116, 129, 135, 152, 158, 183, 187-190, 192, 193, 197, 198, 201, 205, 207-211, 220, 223, 234, 243, 250, 252, 253, 259, 261, 276, 281, 283, 286, 290, 292, 296
  - Arabie Saoudite 280
  - Australie 7, 10, 28, 44, 52, 75, 82, 107, 116, 123, 124, 144, 147, 208, 228, 237, 241, 244, 248, 260, 265, 278, 281, 292, 299, 310
  - Australien 74, 194, 257, 266, 292
  - Bologne 108, 193
  - Boston 88, 310
  - Canada i, 1, 2, 7, 8, 10, 42, 110, 116, 123, 149, 174, 184, 206, 245, 246, 284, 292
  - Canadien 10, 171, 222, 259, 262, 270, 284
  - État de New York 69, 195, 273
  - États-Unis 22-24, 35, 40, 41, 47, 49, 78, 81, 84, 107, 110, 116, 123, 131, 149, 168, 202, 204, 219, 222, 224, 232, 235, 236, 244, 249, 257, 259, 266, 272, 275, 280, 303
  - Europe 151
  - Finlandais 241
  - Grande-Bretagne 24, 116, 128, 151, 190, 221, 268, 269, 306
  - Italie 108, 193
  - Londres 62, 108, 170, 176, 177, 183, 193, 205, 207, 209, 211, 220, 228, 243, 265, 286, 290, 296, 301
  - Massachusetts 88, 166, 237
  - Nouvelle-Écosse 126, 207
  - Nouvelle-Zélande 10
  - Québec 143, 293
  - Royaume-Uni 10, 76, 81, 107, 129, 136, 210, 226, 230-232, 239, 242, 243, 264, 265, 268, 285, 290, 291, 300, 301
  - Territoire de la capitale de l'Australie 82
  - Ville de New York 87, 88, 203
- Pays moins développés 94
- Personnel administratif 137, 192, 227
- Pharmacothérapie 84, 104, 123, 199, 206, 214, 215, 240, 262, 279, 284, 309
- Politique 23, 28, 29, 48, 58, 60, 88, 128, 129, 133, 141, 152, 153, 190, 192, 193, 223, 230, 231, 235, 239, 250, 261, 264, 269, 285, 291, 292
- Prestataires de santé et professionnels de la santé
- Associations professionnelles vii
  - aumônier 128, 223
  - conseiller vi, 104, 115, 130, 221
  - diététiste 128, 155, 246
  - équipe d'entraide 5

ergothérapeute vi, 2, 115, 128, 155  
 ergothérapie 5, 209, 210  
 facilitateur de soins vi, 115  
 facilitateur en soins de santé mentale 130, 191  
 gestionnaire de programme 143  
 gestionnaire de soins 45, 111, 271, 272, 274  
 infirmier / infirmière iv, 79, 80, 82, 88, 113, 183, 185, 187, 188, 195, 198, 208, 209, 221, 222, 225, 234, 244, 255, 258, 260, 276, 277, 283, 285, 288-292, 295, 297, 300, 305, 311  
 infirmière clinicienne spécialisée vi, 126, 234, 244  
 infirmière praticienne vi, 113, 124, 126, 127, 187, 188, 218, 232, 233, 255, 256, 261, 266, 269, 270, 275, 284  
 infirmières-conseils 108  
 médecin 17, 34, 43-45, 64, 67, 87, 94, 96, 102, 108, 110-112, 124, 149, 150, 151, 184, 185, 191, 193, 199, 212, 229, 234, 239, 248, 253, 255, 258, 260, 262, 263, 270-272, 274, 287-289, 301, 302, 305, 306, 311  
 médecin de famille i, vi, 1, 38, 42, 44, 45, 50, 64, 66, 67, 74, 75, 80, 87, 93, 94, 124-126, 147, 150, 151, 222, 229-231, 238, 240, 245, 246, 258, 262, 263  
 médecine familiale 5, 16, 87, 95, 150, 185, 243, 246, 256, 307, 308  
 médecin de soins primaires 44, 78, 82, 88, 94, 96, 107, 108, 111, 112, 124, 129, 183, 184, 189, 215, 304  
 omnipraticien vi, 66, 73, 74, 80, 82, 94, 107, 108, 127, 130, 136, 137, 146, 186-188, 191, 193, 194, 197, 199, 201-209, 211, 212, 225, 229, 231, 234, 235, 240-244, 247, 248, 252, 253, 257, 260, 261, 263, 265, 266, 268-271, 274, 278, 283, 290, 291, 293, 294, 304, 305, 310, 311  
 pédiatre 124, 195, 228  
 pédopsychiatre 124  
 pharmacie 271  
 pharmacien 189, 190, 271, 311  
 pharmacologie 124  
 préposé au triage vi, 115, 129, 301  
 prestataire de soins de santé i, v, vi, vii, 2, 5, 22, 23, 42, 43, 45, 49, 51, 59, 64, 66, 69, 70, 73, 75, 81, 92, 97-100, 105-109, 115, 117, 125, 128, 129, 132, 137, 146, 149, 150, 185, 186, 198, 202, 203, 211, 214-216, 228-230, 236, 241, 255, 259  
 prestataire de soins prolongés vi, 115  
 prestataire de soins de santé mentale v, vi, 5, 31, 42, 43, 45, 97, 98, 99, 102, 105-107, 128, 132, 146, 149, 215, 230  
 psychiatre 24, 46, 82, 88, 105, 106, 111, 112, 124, 203, 212, 234, 235, 244, 245, 248, 252, 254, 263, 265, 272, 300, 302, 311  
 psychiatrie 5, 23, 39, 43, 87, 94, 131, 134, 137, 146, 194, 207, 209, 217, 218, 220, 221, 223-225, 229, 231, 234, 240, 244, 247, 254, 281, 288, 293  
 psychologie 2, 5, 123, 141, 174, 183, 185, 206, 207, 217, 240, 246, 279, 284, 293, 305  
 psychologique iv, v, 33, 37, 46, 48, 49, 71, 92, 104, 113, 132, 206, 218, 238, 241, 258, 274, 282, 285, 305, 307  
 registre de cas 151, 152  
 résident en psychiatrie 134, 217  
 soins infirmiers 5, 16, 65, 78, 79, 123, 126, 141, 209, 257, 262, 271, 283, 292, 296, 297  
 soins infirmiers en santé mentale 126, 292  
 soutien par les pairs 128, 141, 155, 240, 241  
 travailleur de soins de santé mentale pour enfants 129  
 travailleur de soins de santé mentale primaires 115, 129, 132  
 travailleur clé 150



travailleur de liaison vi, ix, 115, 123, 128, 130, 138, 155, 193, 194  
 travailleur de soins de santé mentale 115, 123, 128, 129, 139, 141, 151  
 travailleur de soutien auprès des pairs 128, 155  
 travailleur social 46, 189, 195, 211, 223, 288  
 travail social 5, 16, 76, 123, 126, 141, 184, 189, 209, 211, 223, 224, 251  
 Prévention 3, 4, 38, 59, 63, 68, 70-73, 91, 94, 194, 247, 255, 268, 280, 282, 289, 306  
 Primary mental health care 8, 29  
 Prise de décisions conjointe 213  
 Processus cliniques vi, 139  
 Promotion vii, 3, 4, 8, 38, 41, 73, 190, 229, 236, 243, 268, 269, 271, 276, 306  
 PROSPECT 85, 157, 161, 171, 175, 184, 202, 211, 268, 280, 282, 289  
 Protocoles d'équipe vii, 140  
 Protocoles de renvoi 6, 139, 229  
 Protocoles de services 148, 152  
 Psychosocial v, 16, 19, 20, 78, 99, 104, 158, 164, 185, 189, 227, 233, 258, 271, 278, 279, 284

## R

Réadaptation 3, 4, 221, 253, 264  
 Recherche et évaluation  
   amélioration de la qualité 8, 39, 52, 65, 93, 102, 103, 118, 205, 206, 220, 227, 305, 309  
   collecte de données 30, 141, 296  
   contrôle vi, 145, 147, 148, 203, 221, 235, 255, 266, 271  
   entrevue de profondeur 64, 202  
   essai aléatoire 65, 284, 287, 294, 302  
   essai clinique à répartition aléatoire 219, 240, 269  
   essai comparatif à répartition aléatoire 66, 100, 109, 187, 199, 208, 242, 284  
   étude de cohortes appariées 111, 124  
   évaluation iv, vii-ix, 4, 6, 11, 14, 21, 29, 33, 35, 39, 42, 47, 49, 50, 55-57, 60, 62, 74, 83, 92, 105-107, 109, 112, 113, 118, 124, 128, 131, 134, 135, 139, 144-148, 150, 152, 154, 155, 183-187, 190-193, 197, 199, 200, 202, 203, 205, 207-210, 212, 214, 218, 223, 226, 230, 233, 235, 243, 246, 251-253, 255, 256, 261, 263, 264, 266, 267, 272, 274-280, 283, 285, 288, 295, 298, 301, 303, 305, 306, 311, 312  
   évaluation des besoins iv, 14, 49, 50, 56, 214  
   évaluation des programmes ix, 4, 55, 57, 139, 147, 154, 278  
   meilleures pratiques viii, ix, 3, 5, 39, 56, 57, 109, 130, 131, 141, 152, 196, 221, 243, 249, 264  
   méthodologie de recherche 35  
   preuve 1, 7, 8, 33, 116, 117, 143, 148, 183, 189, 276, 303  
   recherche i-iv, ix, 1-5, 7-11, 13, 16, 19, 27, 32-39, 48, 53, 63, 74, 80, 83, 84, 109, 111, 131, 132, 141, 145, 147, 152, 153, 156, 158, 176, 184, 186, 188, 192, 198, 199, 201, 203, 205, 206, 208, 211, 215, 218, 221, 230, 240, 244, 247, 261-263, 269, 272, 277, 280, 281, 283, 293, 296-298, 300  
   surveillance iii, 29, 30, 102, 110, 120, 129, 147, 151, 152, 153, 197, 232, 265, 289, 291, 292, 294  
 Recrutement 36, 141  
 Réforme des soins primaires 10, 128

Réforme des soins primaires et de santé mentale 128  
Registres de cas communs 151  
Relations de collaboration 141, 297, 311  
Relations interpersonnelles 48, 59, 64, 76, 78, 145, 254, 257  
Réseaux de collaboration 6  
Ressources communautaires iii, iv, 18, 49, 53, 55, 286, 300, 307  
Réunion 244, 303  
Richesse de la collaboration i, ii, 3-5, 11, 115, 138

## S

Salle du personnel commune 139  
Santé Canada i, 2, 10  
Satisfaction au travail 94, 244, 251  
Sciences du comportement 123, 134, 151, 206, 307  
Segmentation du système v  
Séparation de l'esprit et du corps 13, 16, 254  
Soins de santé comportementale primaires ii  
Soins de santé mentale primaires ii-iv, vi, ix, 1, 7, 8, 15, 18, 24, 27-29, 31, 33-39, 42, 52, 55, 60, 73, 75, 80, 92, 93, 95, 96, 98, 115-118, 122, 123, 127-129, 131, 136, 138, 140, 145, 147, 153, 193, 196, 213, 221, 222, 225, 228-231, 235, 237, 267  
Soins partagés ii, 1, 42, 43, 46, 51-53, 59, 64, 65, 79, 101, 103, 126, 150, 193, 202, 203, 205, 207, 224, 225, 245, 252, 253, 258, 278, 304  
Soins primaires intégrés 14, 64, 132, 195, 196, 236, 267  
Soins regroupés 99  
Soins secondaires 32, 33, 37, 63, 92, 93, 107, 125, 130, 151, 186, 201, 207, 221, 223, 224, 226, 261, 285  
Soutien administratif 152  
Stratégies d'acheminement 6  
Stratégies d'adaptation 118  
Structures de collaboration i, ii, iv, ix, 3, 11, 139, 152, 155  
Système centré sur l'utilisateur i, ii, ix, 3, 4, 11, 55-57, 89, 128, 154  
Système de soins primaires 6, 24, 62, 106, 130, 279, 295

## T

Technologie  
dossiers de santé en ligne 152  
Internet 2, 6, 9, 11, 131, 162, 213, 245  
système de rappel viii, 140  
système électronique de dossiers des usagers viii, 6, 32, 103, 111, 149, 152  
système informatique viii  
systèmes électroniques de dossiers médicaux 149

technologie 6, 23, 50, 103, 150

technologie de l'information 6, 8, 46, 50, 102, 139, 148, 149, 152

télésanté 127, 240, 241

Thérapie cognitivo-comportementale 105, 106, 111, 113, 212, 273, 282, 307

Traitement de la dépression 45, 59, 81, 84-86, 102, 103, 108-111, 127, 137, 154, 184, 191, 206, 210, 212, 216, 222, 224, 233, 235, 236, 240, 241, 247, 249, 261, 271, 274, 284, 285, 288, 289, 294, 302, 309

Transmission des connaissances 131

Travail d'équipe vi, vii, ix, 42, 51, 52, 55, 76, 80, 142, 204, 218, 219, 221, 222, 226, 229, 237-239, 251, 268, 286, 296, 297, 311

## V

Voix des usagers 60, 89, 154, 190



# SÉRIE DE RECHERCHE

*Ce document fait partie d'une série de douze documents*

1. Avancement des objectifs des soins de santé mentale axés sur la collaboration
2. Les soins de santé mentale axés sur la collaboration, de quoi s'agit-il ? Une introduction au Cadre de travail en soins de santé mentale axés sur la collaboration
3. **Bibliographie annotée des soins de santé mentale axés sur la collaboration**
4. Meilleures pratiques pour des soins de santé mentale axés sur la collaboration : Une analyse des données existantes
5. Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires : Un examen des initiatives canadiennes Vol I : Analyse des initiatives  
Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires : Un examen des initiatives canadiennes Vol II : Guide des ressources
6. Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires au Canada : Un examen des politiques
7. Soins de santé mentale axés sur la collaboration : Un examen d'initiatives internationales choisies [document de référence interne non publié]
8. Ressources humaines dans le domaine de la santé en soins de santé mentale axés sur la collaboration
9. Prévalence de la maladie mentale et utilisation des services connexes au Canada : Une analyse des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
10. Initiatives de formation interprofessionnelle en soins de santé mentale axés sur la collaboration
11. Vers la prestation de soins de santé mentale axés sur la collaboration aux Autochtones : Rapport de situation [document de référence interne non publié]
12. État actuel des soins de santé mentale axés sur la collaboration

## **Douze trousse d'outils soutiennent la mise en oeuvre des soins de santé mentale axés sur la collaboration**

### **Pour les prestataires et les planificateurs :**

Collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires

### Recueils pour les populations particulières :

Populations autochtones; Enfants et adolescents; populations ethno-culturelles; personnes atteintes d'une maladie mentale grave; personnes ayant des problèmes de toxicomanie; populations rurales et isolées; personnes âgées; populations urbaines marginalisées

### **Pour les usagers, les familles et les aidants naturels :**

Travaillant ensemble vers le rétablissement  
Vers le rétablissement pour les peuples des Premières Nations

### **Pour les éducateurs :**

Renforcer la collaboration par la formation interprofessionnelle



## COMITÉ DIRECTEUR

Joan Montgomery, Phil Upshall  
**Alliance canadienne pour la maladie mentale  
et la santé mentale**

Terry Krupa, Darene Toal-Sullivan  
**Association canadienne des ergothérapeutes**

Elaine Campbell, Jake Kuiken, Eugenia Repetur Moreno  
**Association canadienne des travailleuses  
et travailleurs sociaux**

Keith Lowe, Penelope Marrett, Bonnie Pape  
**Association canadienne pour la santé mentale**

Janet Davies  
**Association des infirmières et infirmiers du Canada**

David Gardner, Barry Power  
**Association des pharmaciens du Canada**

Nick Kates [président de l'ICCSM], Francine Knoops  
**Association des psychiatres du Canada**

Linda Dietrich, Marsha Sharp  
**Diététistes du Canada**

Denise Kayto  
**Fédération canadienne des infirmières  
et infirmiers en santé mentale**

Robert Allen, Barbara Lowe, Annette Osted  
**Infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés du Canada**

Marilyn Craven, Francine Lemire  
**Le Collège des médecins de famille du Canada**

Lorraine J. Breault, Karen Cohen  
**Société canadienne de psychologie**

## DIRECTEUR GÉNÉRAL

Scott Dudgeon

Initiative canadienne de collaboration en santé mentale  
a/s Le Collège des médecins de famille du Canada  
2630 avenue Skymark, Mississauga, Ontario, L4W 5A4  
Tél. : (905) 629-0900 Téléc. : (905) 629-0893  
Courriel : [info@iccsm.ca](mailto:info@iccsm.ca)