



Canadian  
Collaborative  
Mental Health  
Initiative

Initiative  
canadienne de  
collaboration en  
santé mentale

Soins de santé mentale axés sur  
la collaboration dans le contexte  
des soins de santé primaires :  
Un examen des initiatives  
canadiennes

Volume I  
Analyse des initiatives

5  
vol.I

---

Décembre 2005

## **Auteurs**

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

## **Membres du Comité directeur chargés de la revue du document**

Robert Allen, représentant des Infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés du Canada  
Linda Dietrich, représentante des Diététistes du Canada  
Francine Knoops, représentante de l'Association des psychiatres du Canada

## **Traduction**

Traductions Marie-Josée Gélinas

## **Secrétariat de l'ICCSM**

Maureen Desmarais, Coordinatrice 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 Pauzé, Coordinatrice de recherche  
Eric Ribas, Graphiste  
Shelley Robinson, Adjointe administrative

## **Remerciements**

Les auteures désirent souligner la contribution des membres du Comité directeur de l'ICCSM pour leur aide dans l'identification des informateurs principaux et exprimer leur reconnaissance à l'égard des participants à l'initiative pour le temps et l'énergie consacrés à rédiger la description de leurs initiatives axées sur la collaboration. Les auteures désirent également remercier Eric Macnaughton et le Dr Paul Waraich, de la University of British Columbia, pour leur aide dans l'analyse préliminaire des évaluations des initiatives.

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

**Citation suggérée :** Pauzé E., Gagné MA., Pautler K. Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires : Un examen des initiatives canadiennes. Volume I : Analyse des initiatives. Mississauga, Ont. : Initiative canadienne de collaboration en santé mentale; décembre 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 1-896014-77-1



Canadian  
Collaborative  
Mental Health  
Initiative

Initiative  
canadienne de  
collaboration en  
santé mentale



# Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires : Un examen des initiatives canadiennes

## Volume I : Analyse des initiatives

*Un document pour l'Initiative canadienne de  
collaboration en santé mentale  
(Volume I de II)*

Préparé par :

Enette Pauzé, M.Sc., Kinésiologie clinique  
Coordonnatrice de la recherche  
Initiative canadienne de collaboration en santé mentale

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

Kate Pautler, Ph.D.  
Présidente  
Caislyn Consulting Inc.

Décembre 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

PRÉFACE	i
SOMMAIRE	1
INTRODUCTION	5
MÉTHODOLOGIE	7
STATISTIQUES DESCRIPTIVES	11
DISCUSSION	25
CADRE DE TRAVAIL EN SOINS DE SANTÉ MENTALE AXÉS SUR LA COLLABORATION	26
PRINCIPES FONDAMENTAUX	26
Politiques, lois, règles de financement et fonds	27
Recherche et communauté	31
ÉLÉMENTS CLÉS	33
Accessibilité : Rapprocher les services de la maison	34
Structures de collaboration : Construire des composants pour la collaboration	40
La richesse de la collaboration : Améliorer les aptitudes des partenaires en soins de santé	45
Système centré sur l'utilisateur : Les usagers en tant que partenaires actifs	50
CONCLUSION	55
RÉFÉRENCES	57
ANNEXE A : OUTILS POUR LA COLLECTE DE DONNÉES	61
ANNEXE B : EXEMPLES D'OBSTACLES ET DE STRATÉGIES	77
ANNEXE C : ÉVALUATIONS DES INITIATIVES	83
ANNEXE D : GLOSSAIRE DES TERMES ET ACRONYMES	99

# LIST DE TABLEAUX

1	RÉSUMÉ DE LA REPRÉSENTATION RÉGIONALE DES INITIATIVES CANADIENNES
---	---

# LISTE DE FIGURES

1	REPRÉSENTATION GÉOGRAPHIQUE DES 89 INITIATIVES CANADIENNES COMPRISES DANS L'ANALYSE
2	POURCENTAGE DES SOURCES DE FINANCEMENT
3	POURCENTAGE DE L'EMPLACEMENT DES SERVICES
4	POURCENTAGE DES APPROCHES UTILISÉES PAR LES INITIATIVES DE COLLABORATION
5	POURCENTAGE DES NON-PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ SOUTENANT L'ÉQUIPE DE COLLABORATION
6A	POURCENTAGE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ SOUTENANT L'ÉQUIPE DE COLLABORATION
6B	POURCENTAGE DES CATÉGORIES DE SOINS INFIRMIERS
7	POURCENTAGE D'INITIATIVES OFFRANT DES SERVICES À DES POPULATIONS PARTICULIÈRES
8	POURCENTAGE DES STRATÉGIES UTILISÉES POUR L'ÉCHANGE DE CONNAISSANCES
9	POURCENTAGE D'INITIATIVES QUI MÈNENT DES ÉVALUATIONS DU SERVICE OU DU PROGRAMME
10	POURCENTAGE DE L'UTILISATION DES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION AFIN DE SOUTENIR LES COMMUNICATIONS
11	POURCENTAGE DES INITIATIVES À LONG TERME
12	POURCENTAGE DES OBSTACLES RENCONTRÉS PAR LES INITIATIVES DE COLLABORATION
13	POURCENTAGE DES STRATÉGIES UTILISÉES PAR L'INITIATIVE DE COLLABORATION AFIN DE SURMONTER LES OBSTACLES
14	CADRE DE TRAVAIL EN SOINS DE SANTÉ MENTALE AXÉS SUR LA COLLABORATION

# PRÉFACE

Le présent document est le **Volume I** des *Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires : Un examen des initiatives canadiennes*, soit un rapport qui soutient les prestataires de soins, les planificateurs, les éducateurs et les responsables des politiques dans le développement et l'amélioration des activités des soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires.<sup>1</sup>

## Ce document

- **Volume I : L'Analyse des initiatives** identifie les thèmes et les tendances clés des soins de santé mentale axés sur la collaboration, tels qu'ils ressortent d'une analyse des 89 initiatives des soins de santé mentale axés sur la collaboration au Canada, et lie ces observations à de précédentes recherches et aux meilleures pratiques.
- **Volume II : Le Guide des ressources** fournit une description de deux pages pour chacune des 91 initiatives des soins de santé mentale axés sur la collaboration.<sup>2</sup> Chaque description d'initiative comprend des renseignements sur le financement, l'organisme (s) parrain (s), le but, les objectifs, les disciplines/ressources de collaboration, les caractéristiques uniques à la communauté locale, les obstacles, les stratégies et l'information personne-ressource. Ces descriptions fournissent aux lecteurs des exemples concrets sur les rouages internes des initiatives de collaboration dans le contexte des soins de santé primaires et leur donnent des idées créatives sur la façon de participer dans le futur aux soins de santé mentale axés sur la collaboration au Canada. Le Volume II offre aussi de l'information personne-ressource complète pour les personnes impliquées dans les initiatives des soins de santé mentale axés sur la collaboration.

1 Ce rapport se fonde sur le document créé par Le Collège des médecins de famille du Canada et l'Association des psychiatres du Canada intitulé *Les soins de santé mentale partagés au Canada : Un recueil des projets en cours*, publié au printemps 2002, (Kates et Ackerman, 2002) et en approfondit le propos. Disponible au : <http://www.shared-care.ca/pdf/compendium.pdf>

2 Pour une étude plus détaillée, référez-vous aux *Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires : Un examen des initiatives canadiennes*, Volume II : Guide des ressources (Pauzé et Gagné, 2005), un rapport préparé pour l'ICCSM. Disponible au : <http://www.iccsm.ca>





# SOMMAIRE

À travers le monde, le fardeau de la maladie mentale est élevé. En fait, selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2001), les déséquilibres mentaux et comportementaux étaient estimés représenter 12 pour cent du fardeau mondial de la maladie. Une étude faite en 2000 par Jenkins et Strathdee et un rapport présenté en 2004 par Thornicroft et Tansella ont mis au jour que les meilleurs outils avec lesquels aborder les besoins des usagers ayant des maladies mentales courantes résidaient dans les soins de santé primaires. Si les soins de santé mentale doivent être rendus plus accessibles, les prestataires de soins de santé primaires et de santé mentale, les usagers, les familles, les aidants naturels, les responsables des politiques, les gouvernements et les autres intervenants principaux doivent réexaminer les manières par lesquelles sont fournis les services en soins de santé mentale. Les soins de santé mentale axés sur la collaboration sont une façon d'améliorer la promotion et la prévention de la santé mentale ainsi que l'accès au dépistage rapide de la maladie en plus d'assurer que le traitement et le rétablissement de la maladie mentale fassent partie intégrante des soins de santé primaires.

L'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM) se concentre sur la recherche et la mise en oeuvre des soins de santé mentale axés sur la collaboration. Fondée par l'entremise du Fonds pour l'adaptation des soins primaires de Santé Canada, l'ICCSM est composée de 12 organismes nationaux qui, pour la première fois, se sont réunis afin de démontrer leur engagement à aborder les besoins en matière de santé mentale des Canadiennes et des Canadiens :

- ↪ en menant une analyse de l'état actuel des soins de santé mentale axés sur la collaboration;
- ↪ en développant des trousse d'outils afin d'aider à la mise en oeuvre d'initiatives de collaboration; et
- ↪ en créant une charte nationale pour les soins de santé mentale axés sur la collaboration.

Douze rapports ont été commandés afin de donner un aperçu des problèmes et des tendances actuels dans les soins de santé mentale axés sur la collaboration. L'un des buts du Comité directeur de l'ICCSM était d'offrir un portrait de base précis sur l'état actuel des soins axés sur la collaboration, d'informer une série de trousse d'outils de mise en oeuvre<sup>3</sup> et de rédiger le brouillon d'une charte faisant la promotion du développement des soins de santé mentale axés sur la collaboration,

Pour optimiser  
les soins de santé  
mentale:  
Nouveaux  
partenaires  
Nouveaux  
environnements  
Nouveaux espoirs!

3 L'ICCSM a développé un total de 12 trousse d'outils, ce qui comprend une trousse d'outils de mise en oeuvre générale et huit trousse spécialisées pour les praticiens qui visent à adresser les populations suivantes : les personnes âgées, les enfants et les adolescents, les groupes ethno-culturels, les personnes atteintes d'une maladie mentale grave, les populations rurales et isolées, les populations urbaines et marginalisées, les personnes ayant des troubles de toxicomanie et les Autochtones. Une trousse d'outils pour les usagers, familles et aidants naturels fournit des informations pratiques pour les usagers et leurs familles/aidants naturels concernant leur rôle dans une équipe de soins de santé mentale axés sur la collaboration; une trousse d'outils supplémentaire a été expressément développée pour les usagers, familles et aidants naturels des peuples des Premières nations. La dernière ressource, soit une trousse d'outils de formation, a été développée afin de solidifier les soins axés sur la collaboration par l'entremise d'une éducation interprofessionnelle. Pour de plus amples renseignements, consultez notre site Internet : <http://www.iccsm.ca>.

selon une orientation qui est en accord avec les opinions partagées des membres du Comité directeur de l'ICCSM.<sup>4</sup>

Ce document intitulé *Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires : Un examen des initiatives canadiennes* a été commandé afin de fournir une analyse approfondie des initiatives actuelles. Ces conclusions fourniront aussi une base pour les trousseaux d'outils qui sont développées afin de soutenir la phase de mise en œuvre et les initiatives futures. En plus de décrire les 91 initiatives des soins de santé mentale axés sur la collaboration, ce rapport présente une analyse des conclusions et une étude approfondie des initiatives actuelles des soins de santé mentale axés sur la collaboration au Canada. Le rapport est divisé en deux volumes : *Volume I : Analyse des initiatives* et *Volume II : Guide des ressources*.

Ce rapport, *Volume I : Analyse des initiatives*, offre une analyse approfondie des initiatives actuelles des soins de santé mentale axés sur la collaboration. Cette étude des tendances dans les soins de santé mentale axés sur la collaboration au Canada est basée sur l'analyse de 89 initiatives identifiées entre juillet 2004 et juillet 2005.

## Conclusions clés

- ∞ Les enjeux au niveau macro relatifs aux politiques, aux lois, aux règles de financement et aux fonds sont essentiels à l'amélioration des pratiques de soins de santé mentale axés sur la collaboration. Des efforts concertés doivent être faits afin de s'assurer que ces bases (influences au niveau macro) continuent de soutenir les activités de collaboration.
- ∞ L'obstacle le plus important signalé par les initiatives se rapporte au financement et à la rémunération, suivi respectivement par les obstacles touchant aux structures et systèmes de collaboration ainsi qu'au ralliement et aux ressources humaines.
- ∞ La solution suggérée la plus marquante afin de surmonter les défis signalés par ces initiatives se rapporte aux structures de collaboration, suivie respectivement par le développement approfondi des équipes et des aptitudes ainsi que par la défense des droits.
- ∞ Un total de 79,8 pour cent des initiatives mènent ou ont complété une forme d'évaluation du service ou du programme de leurs activités de collaboration. Leurs évaluations portent souvent sur la satisfaction des prestataires de soins/usagers, la qualité de vie et divers résultats concernant l'utilisateur.
- ∞ La plupart des initiatives utilisent une combinaison d'approches directes et indirectes afin de fournir leurs services (68,5 pour cent). Plusieurs sont à la recherche de stratégies afin d'améliorer l'accès de l'utilisateur aux spécialistes des soins de santé mentale. De plus, un nombre d'initiatives visent à améliorer la capacité des prestataires de soins de santé primaires à gérer en toute confiance les maladies mentales complexes.

4 L'ICCSM a développé une Charte pour les soins de santé mentale axés sur la collaboration. Cette Charte est formée de deux composants essentiels : un ensemble de principes qui créent la vision des soins axés sur la collaboration au Canada et un ensemble d'engagements qui sont des actions pour tous les partenaires de santé clés qui travaillent ensemble à promulguer les Principes. Pour de plus amples renseignements, consultez notre site : <http://www.iccsm.ca>

- Plus fréquemment, les prestataires de soins qui font partie de l'équipe de collaboration comprennent des médecins de famille (94,4 pour cent), des psychiatres (84,3 pour cent), des infirmières et infirmiers (62,9 pour cent – un 27 pour cent supplémentaire sont des infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés et en santé mentale) et/ou des travailleuses et travailleurs sociaux (62,9 pour cent). Cependant, on tend à inclure une plus grande diversité de prestataires de soins de santé primaires et de santé mentale, d'usagers, de familles et d'aidants naturels.
- L'implication des usagers dans tous les aspects de leurs soins est une tendance importante qui est de plus en plus reconnue et soutenue par les initiatives de collaboration. Les connaissances et l'expertise des usagers ne doivent pas être négligées pendant les étapes du développement, de la mise en oeuvre et de l'évaluation des activités de collaboration.

## Conclusion

Il y a plusieurs façons passionnantes utilisées par les partenaires en soins de santé à travers le Canada afin d'améliorer l'accès aux soins de santé mentale. Des indices suggèrent que les activités de collaboration sont en plein essor, mais ces efforts doivent être soutenus par des politiques, des lois et des règles de financement convenables si l'on veut que les initiatives en soins de santé mentale axés sur la collaboration continuent de croître dans le cadre des soins de santé primaires. De plus, les évaluations en matière de recherche, de service et de programme sont la clé de l'identification et de la mise en oeuvre de meilleures pratiques. Les initiatives de collaboration doivent consciemment accroître l'implication des usagers, des familles et des aidants naturels dans le développement, la mise en oeuvre et l'évaluation des programmes. Si ces objectifs peuvent être atteints, l'intégration des soins de santé mentale dans le cadre des soins de santé primaires répondra mieux aux besoins de chaque communauté et, en définitive, améliorera la santé mentale et le bien-être des Canadiennes et des Canadiens.



# INTRODUCTION

La maladie mentale affecte tous les Canadiennes et Canadiens : des études ont estimé que près d'un adulte sur cinq souffrira d'une maladie mentale pendant une période d'un an (Offord et al., 1996; Bland et al., 1988). Selon Santé Canada (2002), même si une personne n'a pas de maladie mentale, il est probable qu'elle connaisse un membre de sa famille, un ami ou un collègue qui en souffre. La maladie mentale étant considérée comme un phénomène mondial (OMS, 2005), personne n'est immunisé contre elle, car elle affecte les personnes de tout âge, culture, éducation et niveau de revenu (Santé Canada, 2002). Les déséquilibres mentaux ou comportementaux représentent quatre des dix causes principales de déficience à travers le monde (OMS, 2001). Stephens et Joubert ont découvert que le coût économique de la maladie mentale pour l'économie canadienne est élevé, avec environ 14,4 milliards de dollars en perte de productivité et en coûts liés aux soins de santé (2001).

Les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Cycle 1,2 sur la santé mentale et le bien-être qui a été menée en 2002 ont révélé que, en tout, seulement 61 pour cent des Canadiennes et Canadiens ayant déclaré une maladie mentale ou une dépendance<sup>5</sup> par eux-mêmes ont consulté un professionnel concernant leur santé mentale au cours de leur vie. Les analyses sur la consultation d'un professionnel par les personnes souffrant de troubles de santé mentale ou de dépendances ont été effectuées par prestataires de soins de santé spécifiques. Les médecins de famille sont les prestataires les plus souvent consultés, (Lesage et al., 2005). Cette donnée est en accord avec les conclusions d'autres pays développés ayant des services de santé mentale modernes, ce qui suggère que beaucoup de personnes cherchent d'abord de l'aide, et peut-être même uniquement, auprès de prestataires de soins de santé primaires pour les troubles mentaux courants (Barrett et al., 1988; Blount, 1998), tandis que les personnes ayant des maladies mentales plus graves sont suivies par des praticiens de la santé mentale.

L'intérêt pour des soins axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires augmente internationalement et ils reçoivent de plus en plus de soutien. L'OMS fait la promotion du traitement des troubles mentaux courants tels que la dépression dans le cadre des soins de santé primaires (2003). Jenkins et Strathdee (2000), Saxena et al. (2002) de même que Thornicroft et Tansella (2004) remarquent que les soins de santé primaires sont la solution logique pour satisfaire la plupart (ou même tous) des besoins en soins de santé mentale, en particulier dans les pays qui ont un niveau de ressources disponibles bas. Même des pays riches en ressources comme le Canada et ayant un plus grand éventail de programmes spécialisés en soins de santé mentale exigent le traitement des troubles mentaux courants dans un cadre de soins de santé primaires (Jenkins et Strathdee, 2000). Blount (1998) et Lester de même que Glasby et Tylee (2004) présentent des arguments convaincants sur l'intégration des soins de santé et de santé mentale dans un cadre de soins de santé primaires qui, selon eux, est la meilleure option dans la mesure où :

1. Le cadre des soins de santé primaires est le point prédominant du traitement des problèmes qui sont de nature clairement psychologique ou psychiatrique, tels que la dépression et l'anxiété.

5 Épisode dépressif grave, épisode maniaque, trouble panique, agoraphobie, phobie sociale, dépendance à l'alcool et toxicomanie, jeu, suicide, détresse et trouble de l'alimentation.

2. Les usagers sont plus satisfaits lorsque leurs soins de santé physique et mentale sont intégrés dans un cadre de soins de santé primaires.
3. Les soins de santé primaires conviennent davantage à la façon typique dont la plupart des usagers présentent leurs problèmes de santé mentale indifférenciés.
4. Ces soins convenant davantage, il y a une meilleure adhésion des usagers à des régimes de traitement et, en définitive, de meilleurs résultats sur la santé.
5. La portée des besoins en santé mentale qui apparaissent dans le cadre des soins de santé primaires dépasse la capacité et les aptitudes des médecins en soins de santé primaires, même les mieux formés, et l'option d'orienter un patient vers un autre service n'est pas une bonne solution de rechange. Une approche en équipe est aussi la meilleure façon d'améliorer les aptitudes des prestataires de soins de santé primaires en ce qui concerne le traitement des aspects psychosociaux des soins.
6. La satisfaction professionnelle des prestataires de soins de santé primaires travaillant dans un cadre intégré est augmentée.
7. À long terme, les soins axés sur la collaboration semblent être une approche rentable ou économique.

L'objectif de l'ICCSM est d'améliorer et de promouvoir l'accès aux soins de santé mentale axés sur la collaboration. La collaboration et l'accès aux soins aideront à accroître la promotion de la santé mentale ainsi que la prévention de la maladie, à diminuer le fardeau de la maladie et à améliorer les résultats et le rétablissement de la santé. Ce document contribue à la réalisation de cet objectif en examinant les initiatives en soins de santé mentale axés sur la collaboration au Canada, en discutant des tendances et en liant cette information aux preuves. Essentiellement, ce document se veut une ressource permettant d'informer sur ce domaine en expansion et de nous aider à élaborer des trousseaux d'outils pour les praticiens, les éducateurs, les apprenants, les usagers, les familles et les aidants naturels.

La première section de ce rapport revoit les méthodes utilisées afin d'identifier et de recueillir de l'information sur près de 90 initiatives en soins de santé mentale axés sur la collaboration, ce qui comprend les obstacles et les stratégies utilisées par les répondants pour surmonter ces obstacles. Six sections basées sur le cadre de travail suivent une brève description du Cadre de travail en soins de santé mentale axés sur la collaboration (Gagné, 2005), soit un cadre de travail conceptuel utilisé pour organiser l'étude. Chaque section examine les conclusions de la recherche et les tendances des initiatives en soins de santé mentale axés sur la collaboration au Canada. Les deux premières sections, regroupées sous « principes fondamentaux », revoient les implications au niveau macro des politiques, des lois, des règles de financement, des fonds et des ressources communautaires concernant les soins de santé mentale axés sur la collaboration. Les quatre sections suivantes revoient les tendances au niveau de la mise en oeuvre (c.-à-d. l'accessibilité, les structures, la collaboration et le système centré sur l'utilisateur) et les associent à la recherche précédente et aux meilleures pratiques.

# MÉTHODOLOGIE

L'objectif de la collecte de données était d'identifier un large éventail d'initiatives en soins de santé mentale axés sur la collaboration qui existent actuellement à travers le Canada. Les **participants** à l'étude étaient des personnes-ressources (p. ex. gestionnaires, directeurs, coordonnateurs ou autres) pour les initiatives en soins de santé mentale axés sur la collaboration. Les données (descriptions d'initiatives) ont été réunies entre juillet 2004 et juillet 2005 et ont été traitées en trois principales étapes.

## Procédure

La technique de la recherche qualitative du sondage en « boule de neige » a été utilisée afin de réunir les données. Cette procédure a été utilisée afin d'entrer en contact avec les populations difficiles d'accès en utilisant une collecte de données non aléatoire par laquelle on demandait à un premier groupe de participants de référer d'autres personnes afin de créer des participants supplémentaires (Henry, 1990).

Pendant l'*étape un*, les répondants clés sélectionnés étaient interrogés par courriel, téléphone et/ou par courrier (en anglais et en français) afin d'identifier les personnes-ressources clés concernant les initiatives canadiennes de collaboration en soins de santé mentale. Les répondants clés comprenaient des experts reconnus dans les soins de santé mentale axés sur la collaboration, des experts en soins de santé mentale et primaires, des représentants du gouvernement et des membres associés des 12 organismes faisant partie du Comité directeur de l'ICCSM. Environ 850 répondants clés ont d'abord été rejoints.

Pendant l'*étape deux*, un sondage a été utilisé afin de réunir les données (c.-à-d. descriptions d'initiatives). Ce sondage a été envoyé par courriel et/ou par courrier aux personnes-ressources inscrites dans le document *Les soins de santé mentale partagés au Canada : Un recueil des projets en cours* (Kates et Ackerman, 2002) et aux nouvelles personnes-ressources identifiées par les répondants clés. Ce sondage était disponible en anglais et en français. Suite à un taux de réponse initial bas et aux rétroactions des participants suggérant que le sondage était trop long, le sondage a été condensé en une lettre demandant les mêmes renseignements (lettre révisée de demande d'information). La lettre révisée a été envoyée de nouveau aux personnes-ressources qui n'avaient pas encore répondu aux sondages initiaux. Des entrevues téléphoniques et des courriels ont aussi été utilisés afin de réunir les renseignements manquants. Un total de 57 personnes-ressources pour les initiatives ont répondu à une entrevue téléphonique.

### Mesures

Les documents suivants ont été utilisés pour recueillir les données (des copies des documents sont incluses en Annexe A) :

1. Lettre au répondant clé
2. Lettre à la personne-ressource
3. Sondage
4. Lettre révisée de demande d'information
5. Guide de l'entrevue téléphonique
6. Formulaire de consentement



Pendant l'étape trois, une présélection a été effectuée afin de séparer les initiatives qui seraient comprises dans l'analyse des données du Volume I de celles qui ne le seraient pas. Toutes les initiatives de collaboration qui concernaient les prestataires de soins de santé mentale et primaires et qui offraient aux usagers des services de soins de santé mentale dans un cadre de soins de santé primaires ont été comprises. Celles qui ne fournissaient pas directement des services de soins de santé mentale aux usagers (p. ex. initiatives en matière d'éducation, guides, manuels) n'ont pas été retenues.<sup>6</sup> De plus, les programmes/projets complétés et les initiatives internationales en soins de santé mentale axés sur la collaboration n'ont pas été compris dans l'analyse. Des 147 initiatives de collaboration possibles identifiées pendant la période d'analyse des données, 37 ne satisfaisaient pas aux critères d'inclusion.

Un total de 110 initiatives de collaboration ont satisfait aux critères d'inclusion, mais seulement 89 ont complété un sondage ou une entrevue téléphonique avant la date limite pour la soumission et ont donc été comprises dans l'analyse des données. Au total, 91 initiatives ont fourni un consentement écrit permettant d'inclure leurs descriptions d'initiatives complètes dans le Volume II. Cinq personnes supplémentaires représentant des initiatives de collaboration ont donné leur consentement par courriel pour inclure leur information personne-ressource, mais n'ont toutefois pas fourni une description complète pour le Volume II. Les raisons expliquant pourquoi ces personnes ont été incapables de fournir une description complète et/ou un consentement signé comprennent, entre autres, les suivantes :

- ⌘ Manque de temps pour compléter la description;
- ⌘ Les initiatives étaient encore à l'étape très précoce de projet;
- ⌘ Les personnes-ressources étaient incapables d'obtenir un consentement écrit de la part des membres du conseil/comité ou des directeurs;
- ⌘ La personne-ressource n'était pas en mesure de fournir une description à ce moment.

### Chaque description d'initiative comprenait les renseignements suivants :

- ⌘ Sources de financement;
- ⌘ Organismes ou personnes parrains;
- ⌘ Fondement, objectifs;
- ⌘ Approche utilisée afin de fournir des soins de santé mentale;
- ⌘ Information sur l'évaluation du service ou du programme;
- ⌘ Partenaires en soins de santé impliqués dans l'équipe de collaboration;
- ⌘ Où sont fournis les services;
- ⌘ Populations particulières essentiellement desservies par l'initiative;
- ⌘ Caractéristiques uniques de l'initiative de communauté locale;
- ⌘ Obstacles et solutions à la mise en œuvre et au soutien de l'initiative; et
- ⌘ Information personne-ressource.

Une description de deux pages pour chacune des 91 initiatives, leur information personne-ressource et les statistiques descriptives peuvent être trouvées dans le Volume II.

6 Pour une étude plus détaillée sur les initiatives en matière d'éducation et sur les problèmes en matière d'éducation interprofessionnelle, référez-vous aux Initiatives de formation interprofessionnelle en soins de santé mentale axés sur la collaboration (McVicar et al., 2005), un rapport préparé pour l'ICCSM. Disponible au : <http://www.iccsm.ca>



## Restrictions

La méthodologie utilisée afin de réunir les données avait quelques restrictions. Premièrement, bien que la technique de la boule de neige soit une méthode largement utilisée et acceptable pour la collecte de données qualitatives, sa nature non aléatoire rend difficile la généralisation des résultats à l'échelle d'une plus grande population. De plus, le succès de cette technique dépend aussi du niveau de représentativité des répondants clés initiaux. Bien que l'on ait tenté d'identifier des répondants clés appropriés, les initiatives de collaboration qui ont finalement été identifiées pendant la collecte des données peuvent ne pas être complètement représentatives de toutes les initiatives de collaboration existantes à travers le Canada.

Second, due to an initial low response rate and feedback from participants who suggested that the survey used to collect the data was too long, the survey was condensed into a letter requesting the same information. The revised letter was re-sent to the key contacts that had not yet responded to the initial surveys. This change in methodology resulted in the initiative contacts failing to report all of the required information. Ultimately, the change made it challenging to compare each initiative across all variables that were initially requested. As a result, the analysis of the trends of collaborative mental health care is based only on information that was consistently provided by the majority of initiatives. The analysis is not as comprehensive as was initially intended prior to the change in methodology.

### Remarque importante:

Le degré de participation varie grandement.

Finalement, les personnes-ressources pour les initiatives ont été autorisées à identifier leurs propres activités de collaboration. Quelques initiatives choisies comprises dans l'analyse n'offrent pas la majorité de leurs services de collaboration dans un contexte de soins de santé primaires. Par exemple, certaines des initiatives, bien qu'elles puissent s'associer aux soins de santé primaires ou offrir des services à ce niveau, fournissent la majorité de leurs services aux deuxième et troisième niveaux de soins. De plus, le degré auquel la collaboration entre les prestataires de soins de santé mentale et primaires a lieu semble exister selon un continuum au moyen duquel certaines initiatives fournissent des services de collaboration jusqu'à un certain point et sur une base continue, contrairement à d'autres.

Blount (2003) a développé une méthode de classement par catégories et de description des programmes de soins de santé primaires. Blount a identifié deux dimensions - les initiatives existent dans ces deux continuums :

- ∞ *Types de soins* : coordonnées, partagés, intégrés; et,
- ∞ *Relations entre les services offerts aux populations desservies* : ciblés et non ciblés, soins spécifiques et soins généraux, petit rayon d'implantation et grand rayon d'implantation.<sup>7</sup>

Les initiatives décrites dans ce rapport n'ont été classées dans aucun continuum. Les personnes-ressources ont pu identifier et définir par elles-mêmes leur travail en tant que

<sup>7</sup> Pour une étude plus détaillée sur le modèle de Blount, référez-vous à Blount (2003) ou à la Bibliographie annotée des soins de santé mentale axés sur la collaboration (Pautler et Gagné, 2005), un rapport préparé pour l'ICCSM. Disponible au : <http://www.iccsm.ca>

collaboration. La portée des approches décrites est révélatrice de la croissance dans ce domaine, du manque de terminologie cohérente et d'un système éclaté dans lequel plusieurs personnes définissent la collaboration comme n'importe quelle forme d'interactions interdisciplinaires.

## Analyse

L'analyse des données a été guidée par 15 questions. Pour certaines des questions, le Cadre de travail en soins de santé mentale axés sur la collaboration (Gagné, 2005) a été utilisé comme guide afin de coder les données. Les statistiques descriptives simples ont été calculées à partir de données quantitatives et qualitatives.

Basées sur l'information recueillie à partir des descriptions d'initiatives, les questions suivantes ont servi de guide pour l'analyse :

1. Combien d'initiatives ont été identifiées dans chaque province et chaque territoire?
2. D'où provient le financement des initiatives de collaboration?
3. Où sont fournis les services?
4. Quel est le débit de service?
5. Quelle approche est utilisée par les initiatives afin de fournir leurs services?
6. Qui sont les non-professionnels de la santé qui soutiennent l'équipe de collaboration?
7. Qui sont les professionnels de la santé qui soutiennent l'équipe de collaboration?
8. Quel (s) prestataire (s) assume (nt) la responsabilité des soins à l'utilisateur?
9. Quelles sont les populations particulières desservies par les initiatives de collaboration?
10. Quelles sont les méthodes courantes utilisées pour l'échange de connaissances?
11. Combien d'initiatives de collaboration mènent des évaluations du service ou du programme?
12. Combien d'initiatives de collaboration déclarent utiliser les technologies de l'information afin de soutenir leurs activités?
13. Combien d'initiatives à court terme et à long terme ont été identifiées?
14. Quels sont les obstacles ou défis courants rencontrés par les initiatives de collaboration?
15. Quelles sont les stratégies ou solutions courantes que les initiatives de collaboration utilisent pour aborder les défis auxquels elles font face?

# STATISTIQUES DESCRIPTIVES

Le but de cette section est de rendre compte des statistiques descriptives des 89 initiatives en soins de santé mentale axés sur la collaboration. Ces statistiques servent de guide et fournissent un soutien pour la section de discussion afin de fournir aux lecteurs un aperçu significatif de *ce à quoi ressemblent les initiatives canadiennes de collaboration en soins de santé mentale*.

## 1. Combien d'initiatives ont été identifiées dans chaque province et chaque territoire?

Tout a été mis en oeuvre, pendant la période de la collecte de données, afin d'identifier un large éventail d'initiatives de soins axés sur la collaboration dans chaque province et chaque territoire du Canada. Il est important de noter que les initiatives comprises dans ce rapport n'ont pas une portée exhaustive. Les initiatives de collaboration naissent constamment à partir de relations nouvellement forgées. La Figure 1 montre une carte du Canada représentant les initiatives. Cette information est aussi résumée dans le Tableau 1.

**figure 1: Représentation géographique des 89 initiatives canadiennes comprises dans l'analyse**

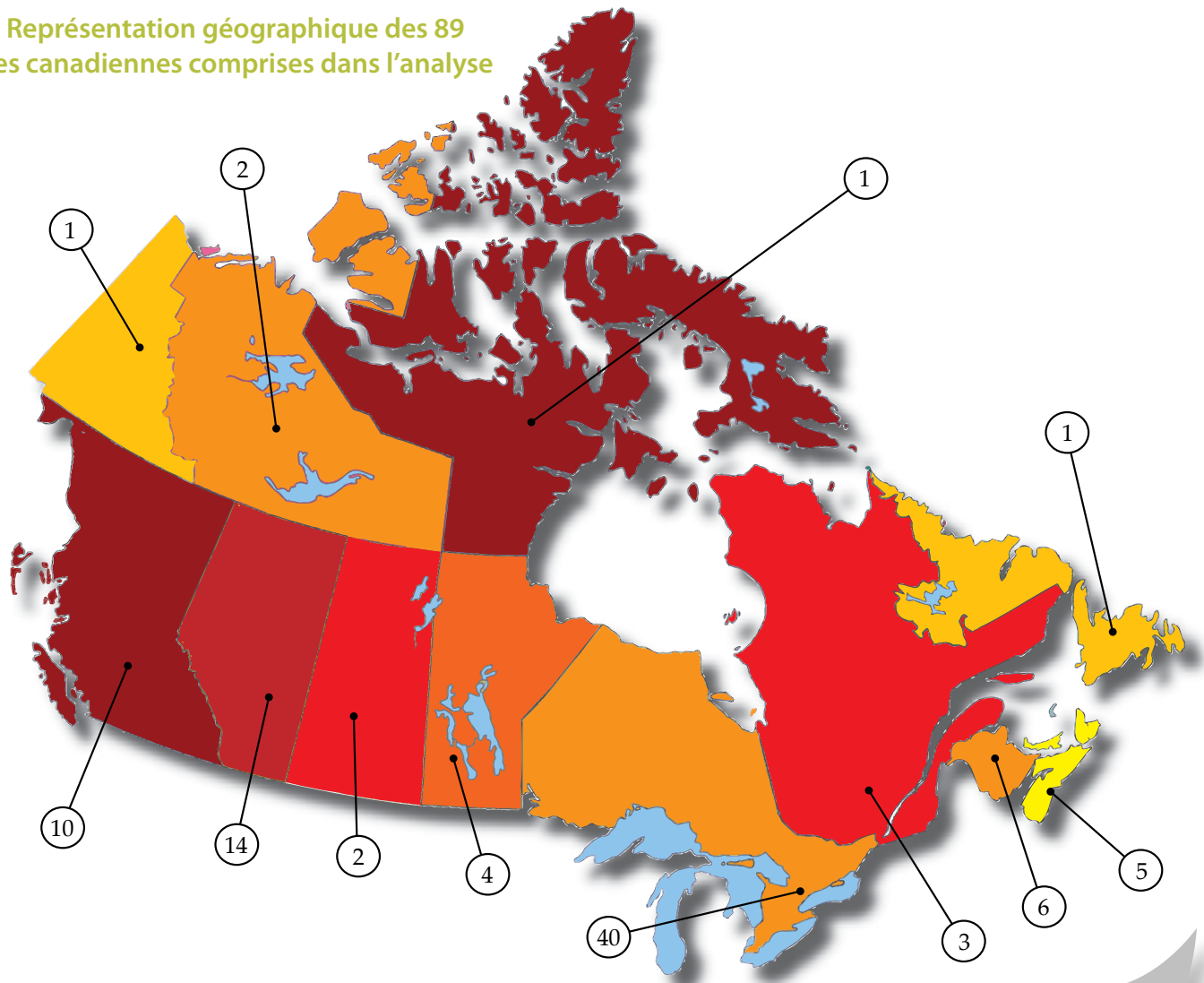


tableau 1 Résumé de la représentation régionale des initiatives canadiennes

Région du Canada	Province/Territoire	Nombre d'initiatives satisfaisant aux critères d'inclusion	Nombre d'initiatives comprises dans l'analyse
Pacifique	Colombie-Britannique (C.-B.)	12	10**
Ouest	Alberta (Alb.)	18	14
	Saskatchewan (Sask.)	2	2
	Manitoba (Man.)*	3	4**
Centre	Ontario (Ont.)*	49	40
	Québec (Qué.)	4	3
Est	Nouveau-Brunswick (N.-B.)	6	6
	Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-E.)	1	0
	Nouvelle-Écosse (N.-É.)	5	5
	Terre-Neuve-et-Labrador (T.-N.-L.)	1	1
Nord	Yukon (Yn)	2	1
	Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.)	2	2
	Nunavut (Nun.)	5	1
	TOTAL	110	89

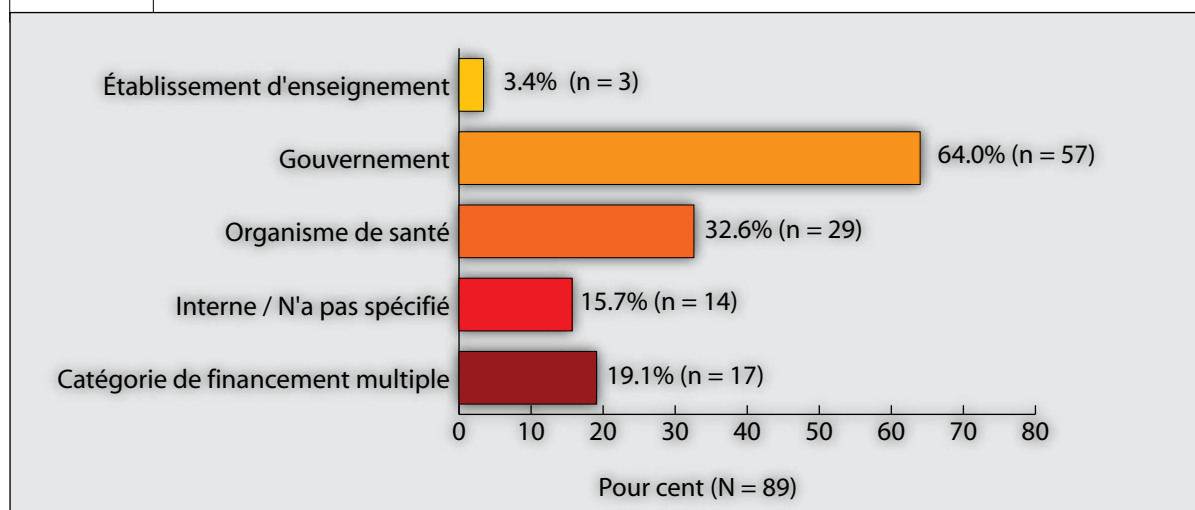
\* Remarque : Deux initiatives (une au Man. et une autre en Ont.) ont fourni leur consentement pour inclure leurs données seulement dans l'analyse générale et non dans l'Annexe D : Descriptions.

\*\* Remarque : Il y a deux initiatives qui fournissent des services à plus d'une province ou d'un territoire. Une initiative fournit des services à des régions de la C.-B. et du Yn; l'initiative est classée sous la C.-B.. Pour la seconde initiative, les services

## 2. D'où provient le financement des initiatives de collaboration?

Une majorité des initiatives reçoivent leur financement du gouvernement (Figure 2). De toutes les initiatives, 19,1 pour cent reçoivent du financement de plus d'une catégorie de financement. Certaines initiatives reçoivent du financement de sources diverses faisant partie de la même catégorie de financement. Par exemple, il était possible qu'une initiative reçoive du financement d'un gouvernement provincial en plus d'en recevoir du gouvernement fédéral.

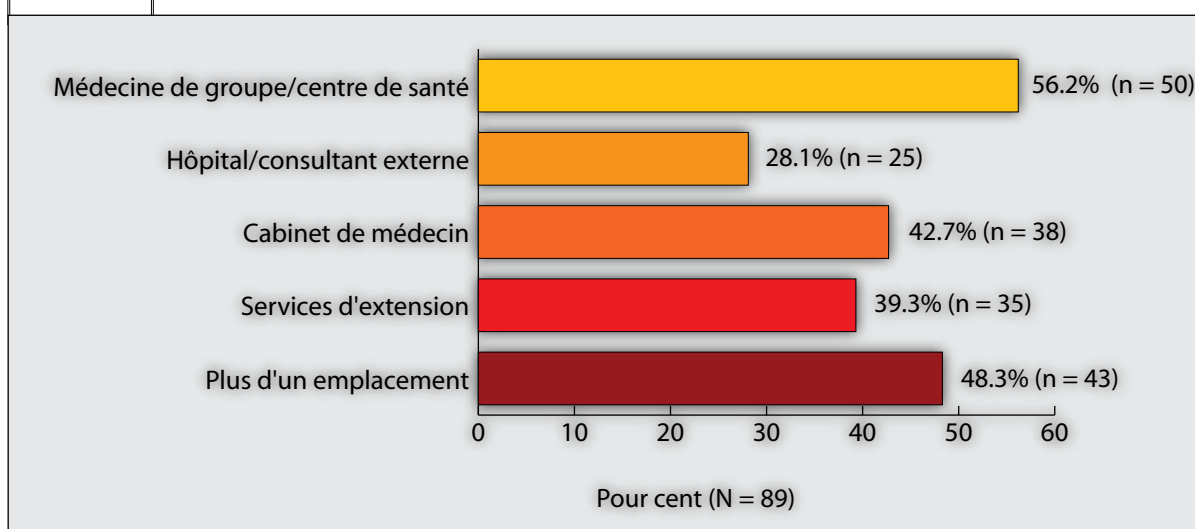
figure 2 Pourcentage des sources de financement



### 3. Où sont fournis les services?

Les participants devaient inscrire le (s) lieu (x) d'emplacement des services où leurs services de santé mentale sont fournis (Figure 3). Elles devaient inscrire le nombre et le type d'emplacement (s). Les types d'emplacement étaient codés dans les catégories suivantes : médecine de groupe/centre de santé, hôpital/consultant externe, cabinet de médecin ou un point de service. Certains exemples de points de service comprennent : école, domicile, lieu de travail, refuge, établissement de soins de longue durée et église. De toutes les initiatives, 48,3 pour cent fournissent des services dans plus d'un type d'emplacement. La plupart des participants fournissent des services soit dans une médecine de groupe/centre de santé (56,2 pour cent), soit dans un cabinet de médecin (42,7 pour cent). Étant donné que les renseignements sont incomplets, le nombre d'emplacements n'a pas pu être analysé pour chaque type d'emplacement.

figure 3 Pourcentage de l'emplacement des services



#### 4. Quel est le débit de service?

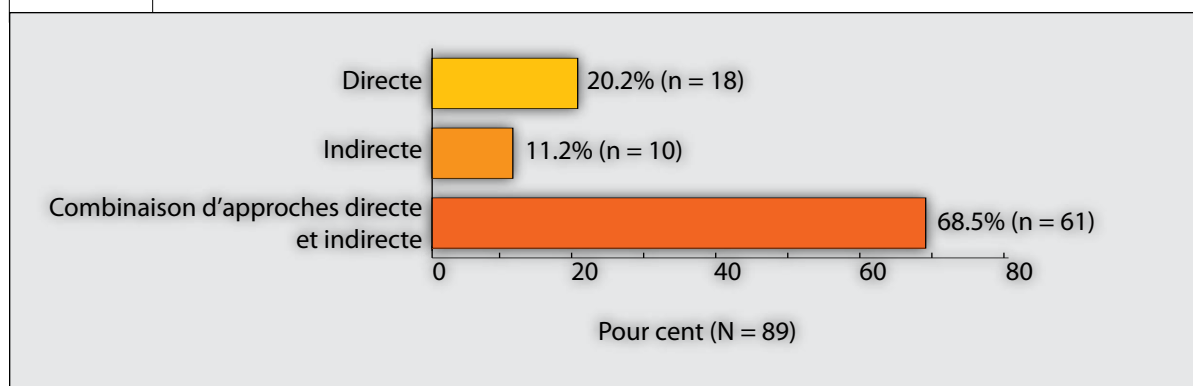
Les participants devaient rendre compte du débit de service selon le nombre de visites de patients ou de clients par mois. Étant donné l'incohérence dans la façon dont ces renseignements ont été rapportés, cette analyse était impossible à faire. En fait, les initiatives enregistraient leur débit de service de façon différente. Par exemple, les renseignements étaient rapportés sur une base mensuelle, biannuelle et/ou annuelle. Certaines des données nous venaient d'évaluations de programmes complétés alors que certaines des données étaient seulement des estimations en gros ou les « meilleures suppositions ». Les participants ont rapporté les débits de service pour le nombre d'utilisateurs recommandés et/ou pour le nombre de patients/clients/utilisateurs rencontrés et/ou pour le nombre de visites de suivi qui ont été données. Ces incohérences ont rendu impossibles à décrire les tendances générales concernant l'importance ou la portée du débit de service de l'initiative.

#### 5. Quelle approche est utilisée par les initiatives afin de fournir leurs services?

Cette information a été codée selon l'élément clé de « l'accessibilité », tel que défini dans le Cadre de travail en soins de santé mentale axés sur la collaboration (Gagné, 2005) (Figure 4). Les initiatives ont été codées selon qu'elles utilisaient une :

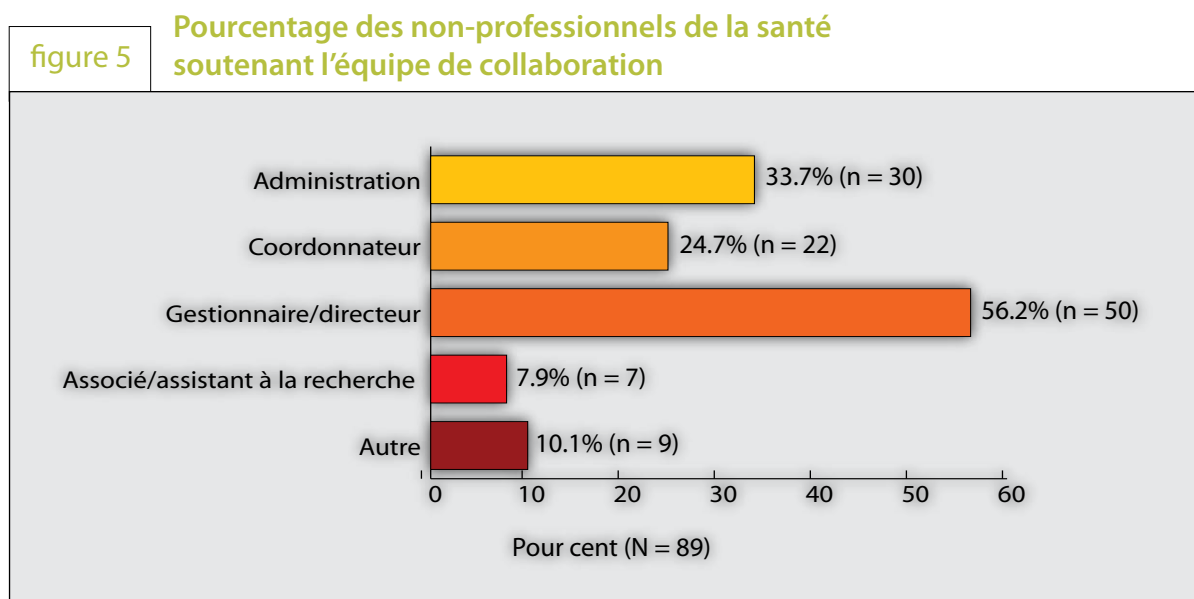
- ∞ *Approche directe* - les spécialistes de la santé mentale offrent leurs services aux usagers dans un cadre de soins de santé primaires;
- ∞ *Approche indirecte* - un prestataire de soins de santé primaires offre des services en soins de santé mentale aux usagers tout en ayant le soutien consultatif d'un spécialiste en soins de santé mentale (c.-à-d. le spécialiste de la santé mentale fournit des soins de santé mentale indirects);
- ∞ *Combinaison d'approches directe et indirecte* - la majorité des initiatives utilisent une combinaison d'approches directe et indirecte afin de fournir leurs services (68,5 pour cent).

figure 4 Pourcentage des approches utilisées par les initiatives de collaboration



## 6. Qui sont les non-professionnels de la santé qui soutiennent l'équipe de collaboration?

Les non-professionnels de la santé qui soutiennent l'équipe de collaboration ont été regroupés dans les catégories suivantes (selon la façon dont l'information a été présentée par les participants) : administration, coordonnateur, gestionnaire/directeur, associé/assistant à la recherche ou autre (Figure 5). Autres ressources humaines comprises : promoteur de la santé, éducateur, évaluateur de projets, spécialiste des technologies de l'information et analyste des politiques.



## 7. Qui sont les professionnels de la santé qui soutiennent l'équipe de collaboration?

Les participants devaient spécifier le type de prestataires de services qui sont impliqués dans leur initiative de collaboration (Figure 6a). Ceux-ci comprennent : aînés autochtones, soutien par les pairs/bénévoles, diététistes, médecins de famille, infirmières et infirmiers (voir Figure 6b pour une liste complète), ergothérapeutes, travailleuses et travailleurs sociaux, pharmaciens, psychiatres, psychologues ou autres. La liste des prestataires pour chaque initiative comprend ceux qui étaient directement engagés par l'initiative et ceux qui ne l'étaient pas. Les catégories de prestataires sont basées sur les réponses reçues. Par exemple, plusieurs catégories d'infirmières et d'infirmiers ont été créées afin de représenter l'étendue des réponses. Exemples d'autres professionnels compris : podologue, médecin du travail, psychométricien, psychothérapeute, neuropsychologue, physiothérapeute, orthophoniste, ludothérapeute et thérapeute en réadaptation.

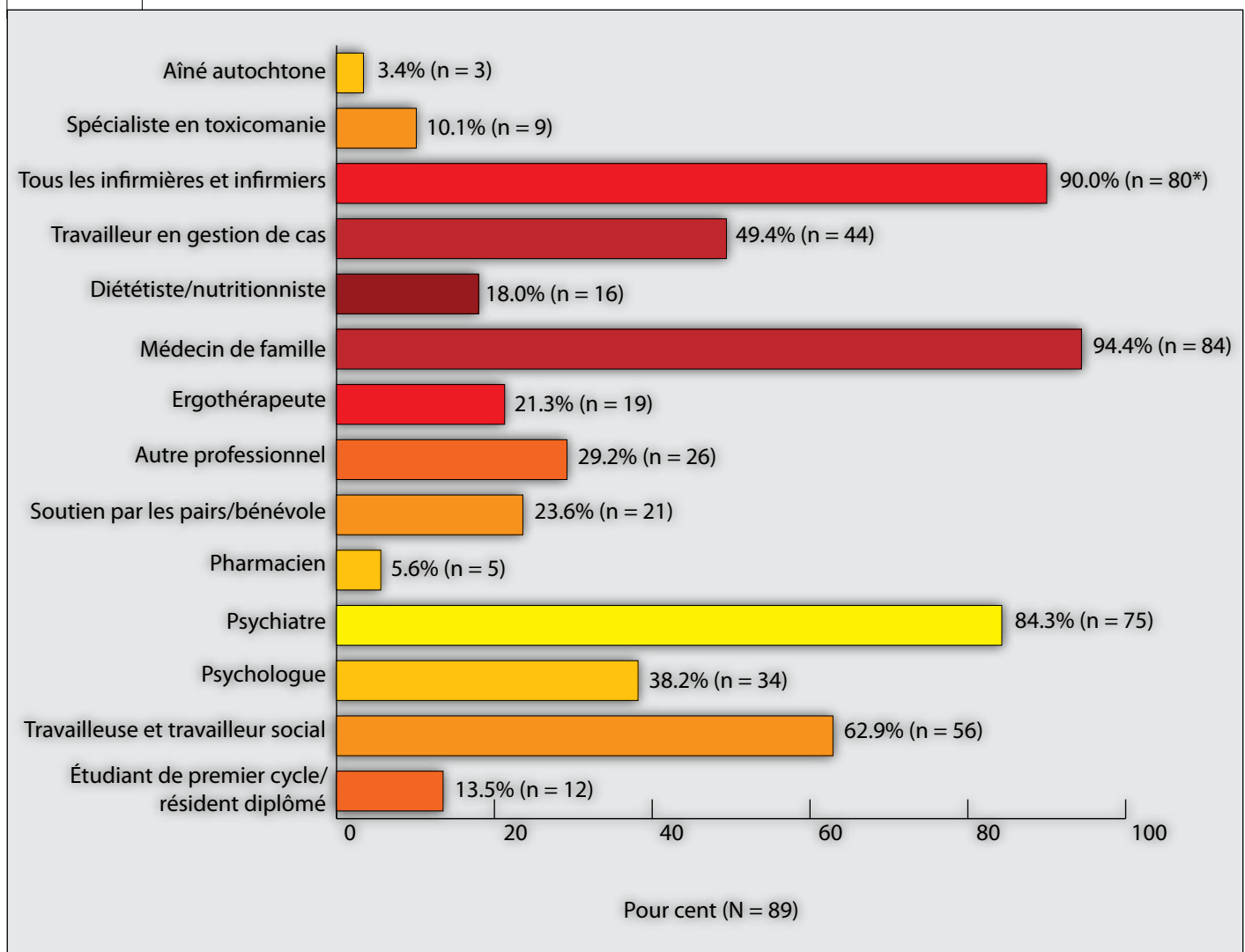
Afin de résumer avec exactitude les différents types d'infirmières et d'infirmiers indiqués par les participants, plusieurs catégories ont été créées, ce qui comprend : infirmière et infirmier, infirmière et infirmier en soins primaires, psychiatrique autorisé ou en santé mentale, de la santé publique, autorisé, praticien, auxiliaire autorisé, itinérant en région et auxiliaire immatriculé. Ces catégories



sont représentatives des types d’infirmières et d’infirmiers indiqués par les participants (voir Figure 6b).

Les prestataires les plus fréquents comprennent : les médecins de famille, les psychiatres, les infirmières et infirmiers et les travailleuses et travailleurs sociaux. Bien que l’on avait demandé aux

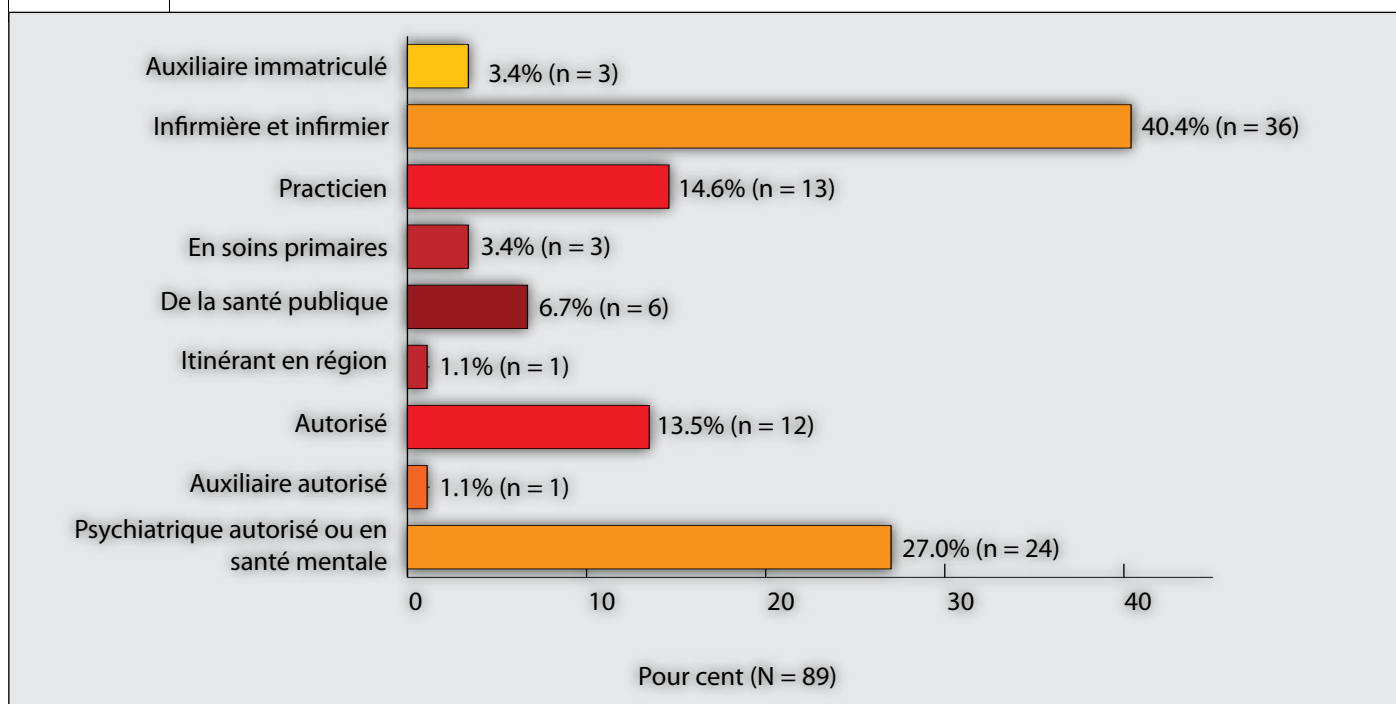
figure 6a Pourcentage des professionnels de la santé soutenant l’équipe de collaboration



\* Remarque : Ce chiffre représente toutes les catégories d’infirmières et d’infirmiers combinées. Référez-vous à la Figure 6b pour la décomposition complète des catégories d’infirmières et d’infirmiers indiquées par les participants.



figure 6b Pourcentage des catégories de soins infirmiers indiquées



participants d'indiquer les ETP (équivalent temps plein) lorsque c'était possible, cette information a été présentée de façon incohérente et n'a donc pas été comprise dans les analyses.

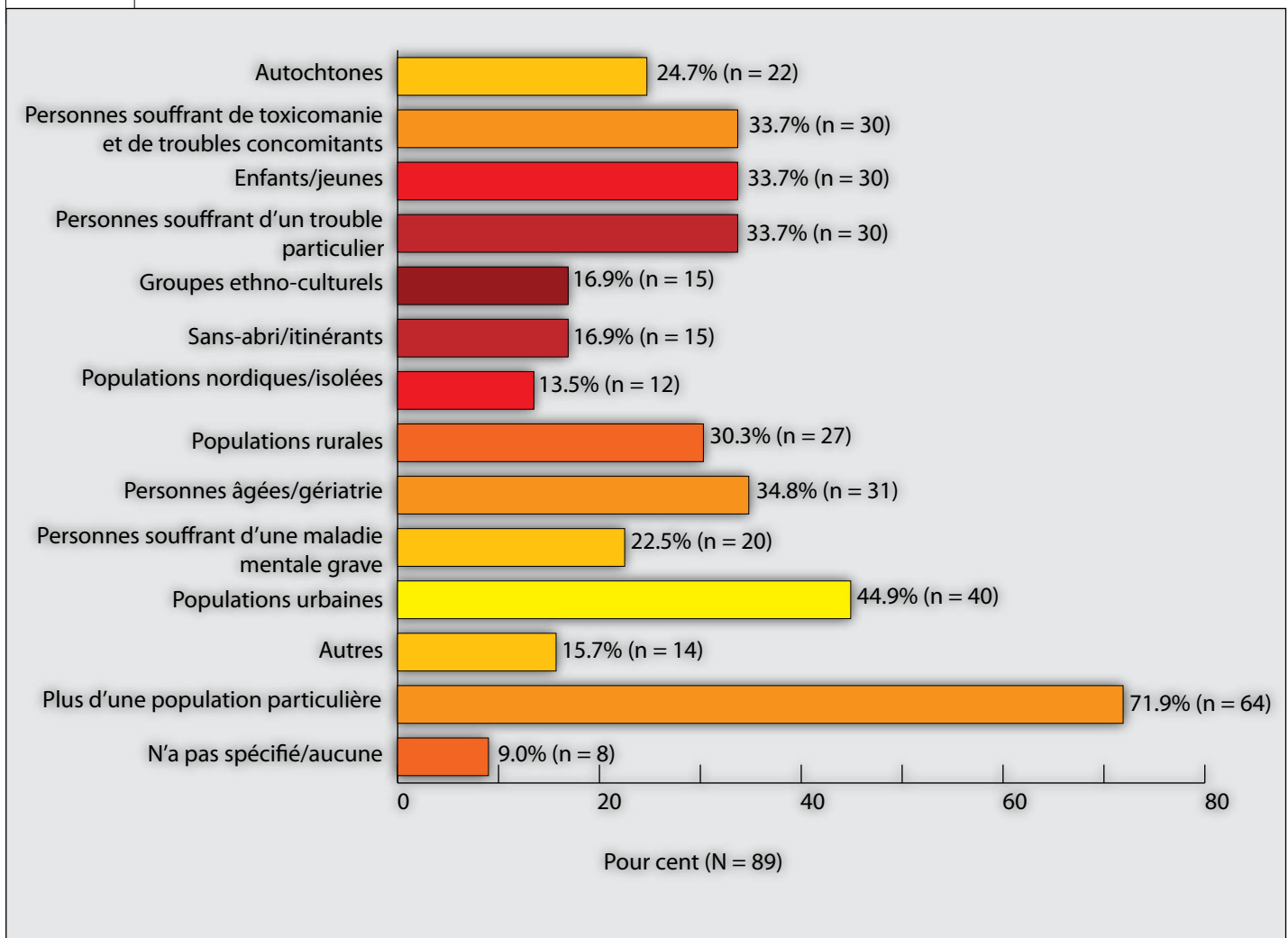
#### 8. Quel (s) prestataire (s) assume (nt) la responsabilité des soins à l'utilisateur?

Il a été demandé aux participants d'indiquer qui était la personne la plus responsable des soins fournis aux usagers. Seulement 37 des 89 participants ont fourni ce renseignement. Ces derniers ont indiqué que la responsabilité était soit partagée (22,5 pour cent) ou non (19,1 pour cent); 58,4 pour cent n'ont pas fourni cette information. Quand la responsabilité n'était pas partagée, une des personnes suivantes était la responsable des soins à l'utilisateur : médecin de famille, prestataire de soins de santé primaires, psychiatre, omnipraticien, centre de santé ou un autre praticien non spécifié.

#### 9. Quelles sont les populations spéciales desservies par les initiatives de collaboration?

Il a été demandé aux participants d'identifier toutes les populations particulières principalement desservies par les initiatives. Les populations suivantes ont été identifiées : les Autochtones, les enfants/jeunes, les groupes ethno-culturels, les sans-abri/itinérants, les populations rurales, les personnes âgées, les populations urbaines, les personnes souffrant de toxicomanie et de troubles concomitants, d'un trouble particulier, les populations des nordiques/isolées, les personnes atteintes d'une maladie mentale grave et autres (Figure 7). La population particulière la plus couramment desservie est la population urbaine (44,9 pour cent) et 71,9 pour cent des initiatives offrent des services à plus d'une population particulière. Voici des exemples des « autres » populations : les femmes enceintes, les familles, les personnes en situation de crise et les personnes ayant une maladie chronique.

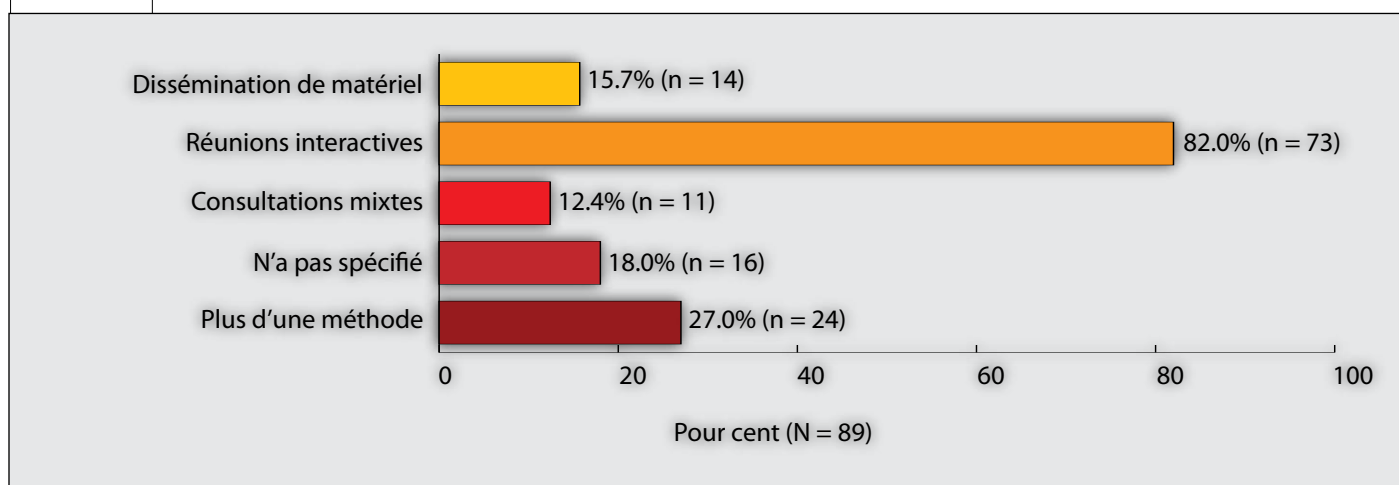
figure 7 Pourcentage d'initiatives offrant des services à des populations particulières



### 10. Quelles sont les méthodes courantes utilisées pour l'échange de connaissances?

Les méthodes couramment utilisées afin de faciliter l'échange de connaissances ont été classées dans trois grands groupes : la dissémination de matériel, les réunions interactives ou les consultations mixtes (Figure 8). Il est à noter qu'il n'a pas été expressément demandé aux participants de fournir cette information. Par conséquent, il est possible que des initiatives utilisent un plus grand éventail de méthodes et plus souvent qu'il ne l'a été indiqué. La méthode la plus courante implique des réunions interactives, ce qui comprend : réunions hebdomadaires/mensuelles, discussions informelles de cas, ateliers pédagogiques, conférences, téléconférences ou autre; 18,0 pour cent des participants n'ont pas déclaré explicitement l'utilisation de méthodes.

figure 8 Pourcentage des stratégies utilisées pour l'échange de connaissances



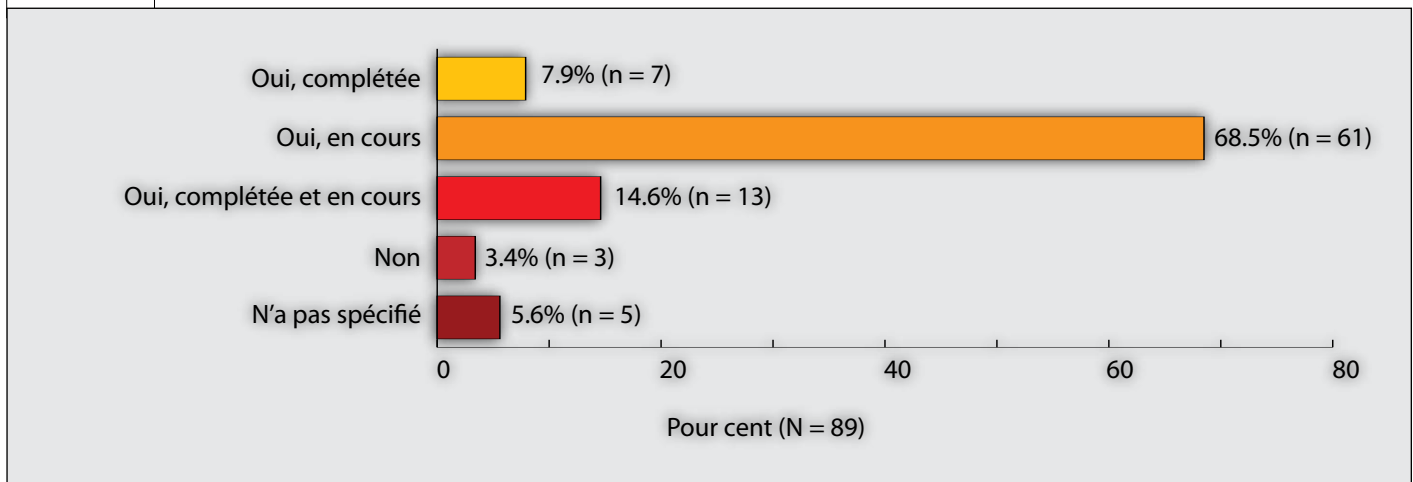
### 11. Combien d'initiatives de collaboration mènent des évaluations du service ou du programme?

Il a été demandé aux participants d'identifier s'ils avaient complété une évaluation du service ou du programme, s'ils n'avaient pas complété une telle évaluation ou s'ils étaient présentement en train de mener une évaluation (Figure 9). Bien qu'il a été demandé à ceux qui avaient complété une évaluation d'identifier trois de leurs conclusions clés, cette information n'a pas été utilisée pour la présente analyse des données parce qu'elle a été fournie de façon incohérente.

Référez-vous à l'Annexe C pour une étude préliminaire des données d'évaluation fournies par 16 initiatives en soins de santé mentale axés sur la collaboration.

De plus, il a été demandé aux participants de soumettre toute stratégie d'évaluation proposée ou tout résultat d'évaluation complétée pour les analyses qui ont été faites avant janvier 2004. Les chercheurs du projet en santé mentale et en soins primaires « Amélioration continue de la mesure de la qualité » résument ces données. Ce projet est un projet soeur de l'ICCSM auquel l'équipe de la présente recherche a demandé conseil. Un total de 16 participants ont fourni de la documentation. Les conclusions clés de cette analyse sont comprises dans l'Annexe C.

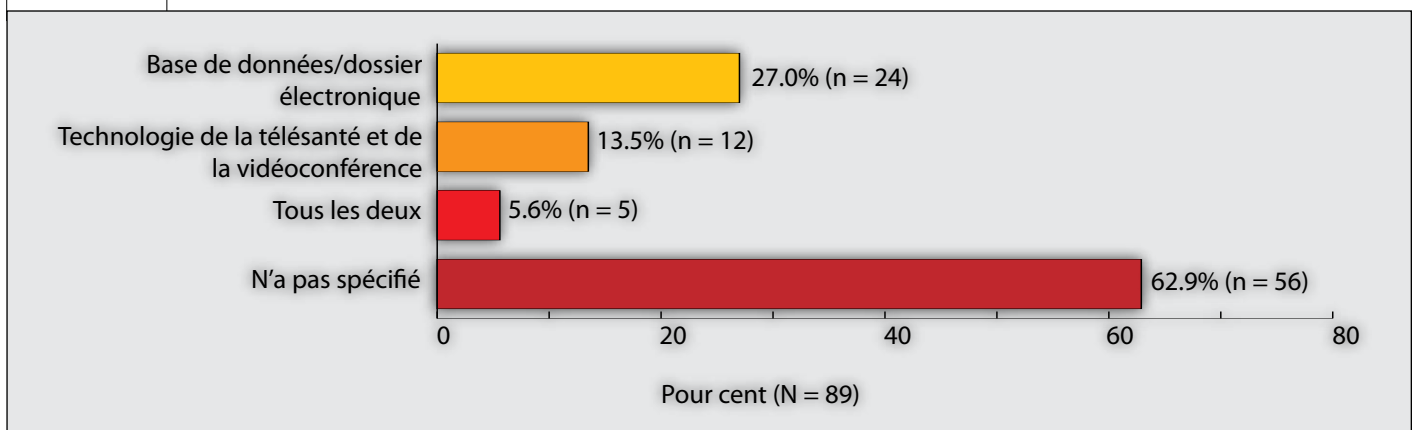
figure 9 Pourcentage d'initiatives qui mènent des évaluations du service ou du programme



### 12. Combien d'initiatives de collaboration déclarent utiliser les technologies de l'information afin de soutenir leurs activités?

Il a été demandé aux participants d'indiquer toutes les technologies utilisées afin de soutenir le travail de l'initiative, ce qui comprend : télésanté, dossiers électroniques de santé, courriel ou autre. Voir Figure 10 pour les renseignements liés à l'utilisation des dossiers/bases de données électroniques de santé et la technologie de la télésanté et de la vidéoconférence.

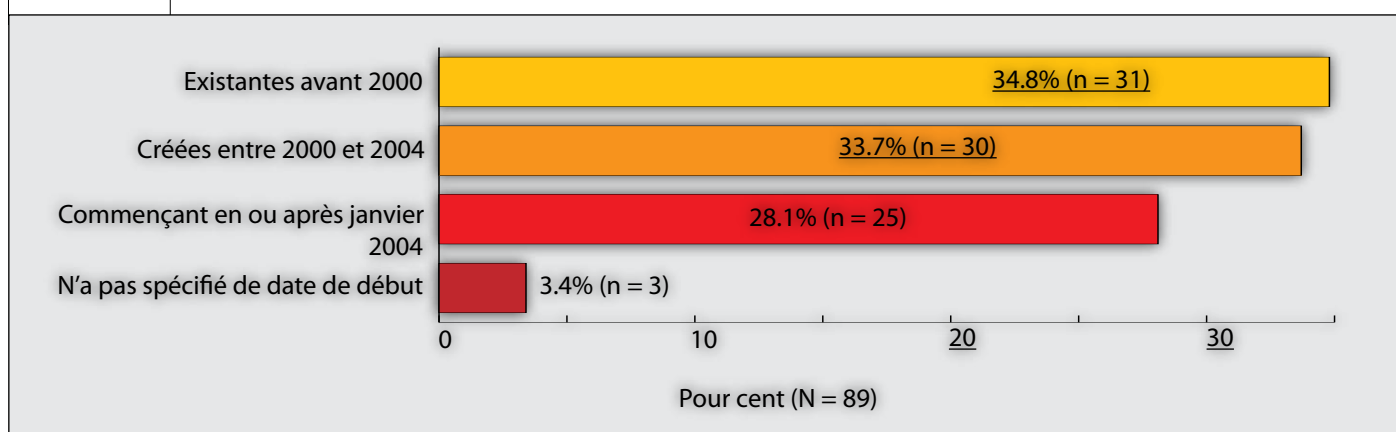
figure 10 Pourcentage de l'utilisation des technologies de l'information afin de soutenir les communications



### 13. Combien d'initiatives à court terme et à long terme ont été identifiées?

Cette information a été codée selon les dates de début et de fin indiquées par les initiatives. Selon ces renseignements, un total de 18 participants ont indiqué une date de fin précise pour leurs activités. Beaucoup de ces programmes espèrent obtenir un financement à long terme/continu afin de soutenir les activités de leur initiative. Les activités en cours ont été codées selon celles qui existaient avant l'année 2000 (lorsque le Fonds pour l'adaptation des soins primaires de Santé Canada a été mis en oeuvre), celles qui ont été créées entre les années 2000 et 2004 et celles qui ont été créées après janvier 2004 (Figure 11).

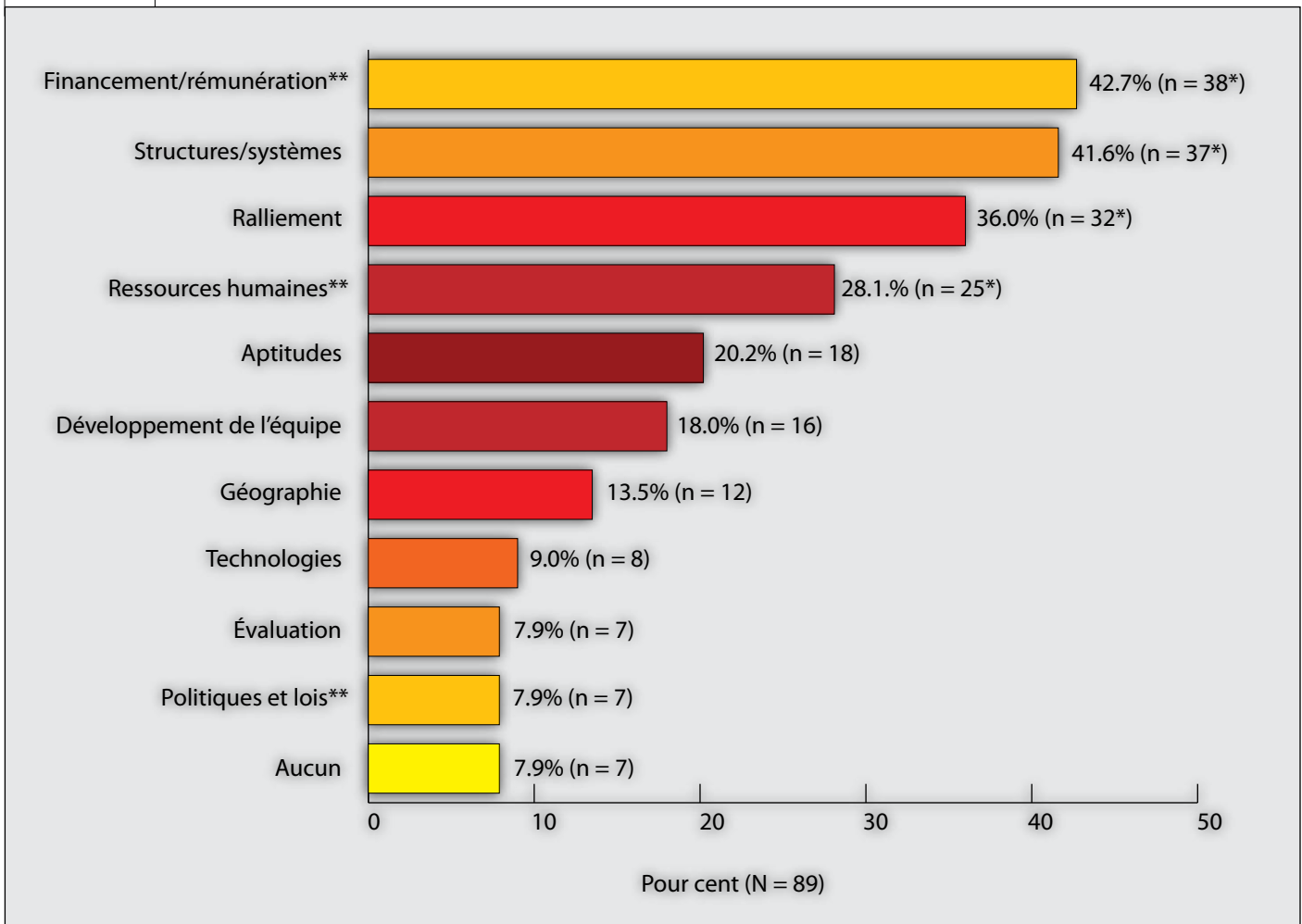
figure 11 Pourcentage des initiatives à long terme



### 14. Quels sont les obstacles ou défis courants rencontrés par les initiatives de collaboration?

Il a été demandé aux participants de décrire brièvement les difficultés rencontrées lors de la création et du financement de leur initiative. Cette information a été codée selon les principes fondamentaux (niveau macro) et les éléments clés (niveau micro) du Cadre de travail en soins de santé mentale axés sur la collaboration (Gagné, 2005). Plusieurs catégories ont été créées, ce qui comprend : ralliement, évaluation, financement, géographie, politiques et lois, rémunération, ressources humaines, aptitudes, structures/systèmes, développement de l'équipe et technologies. Seulement 7,9 pour cent des participants ont indiqué n'avoir rencontré aucun obstacle. Cette information est résumée dans la Figure 12. Veuillez vous référer à l'Annexe B pour des exemples de chacun des obstacles qui ont été identifiés. Ces obstacles sont revus dans la section de discussion de ce document.

figure 12 Pourcentage des obstacles rencontrés par les initiatives de collaboration



Remarque : (\*) souligne les obstacles les plus importants.

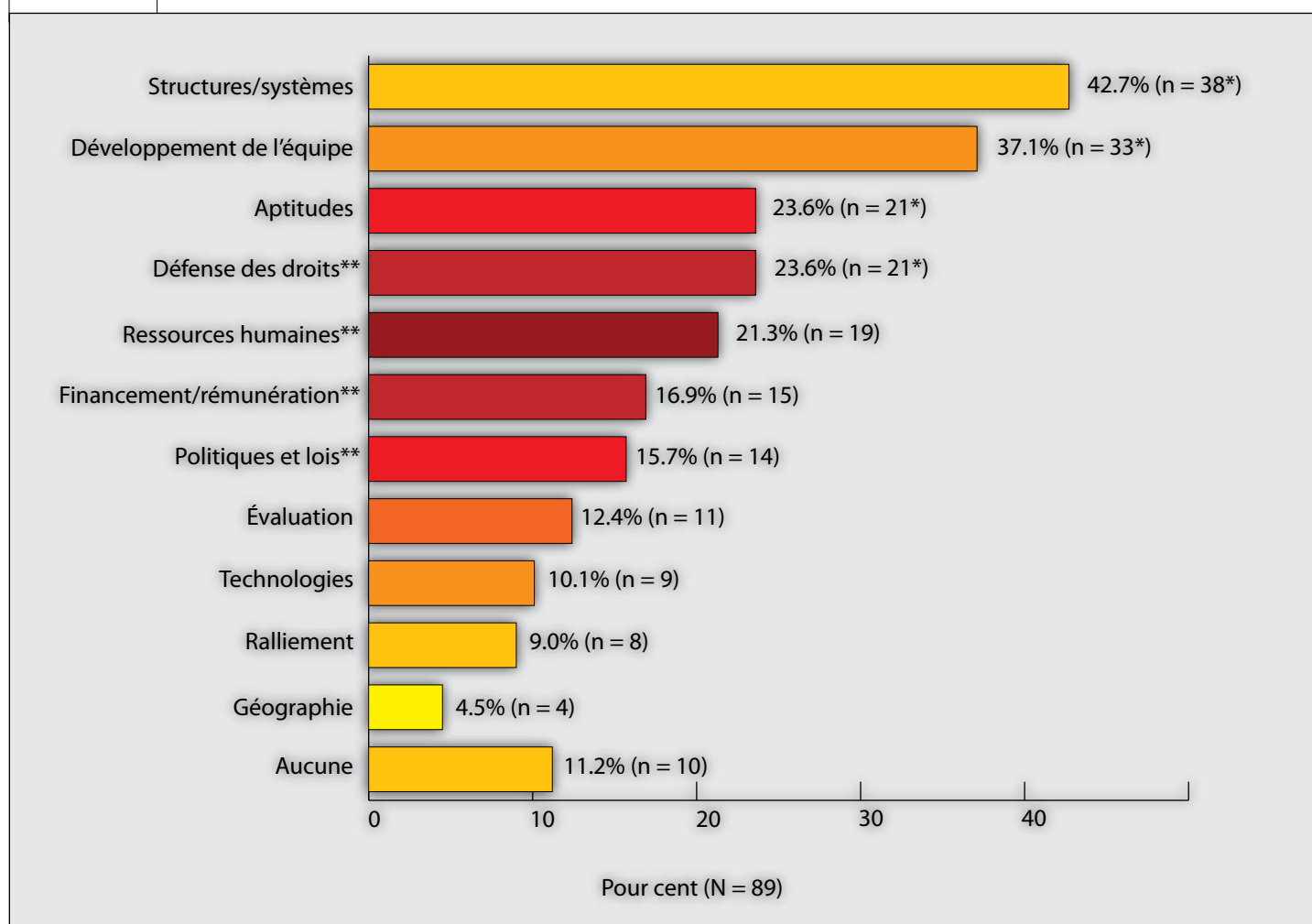
Remarque : (\*\*) souligne les obstacles au niveau macro.

### 15. Quelles sont les stratégies ou solutions courantes que les initiatives de collaboration utilisent pour aborder les défis auxquels elles font face?

Il a été demandé aux participants de décrire brièvement les stratégies utilisées afin de surmonter les difficultés (obstacles) auxquelles ils ont dû faire face. Ces renseignements ont été codés selon les principes fondamentaux (niveau macro) et les éléments clés (niveau micro) du Cadre de travail en soins de santé mentale axés sur la collaboration (Gagné, 2005). Plusieurs catégories ont été créées, ce qui comprend : défense des droits, ralliement, évaluation, financement, géographie, politiques et lois, rémunération, ressources humaines, aptitudes, structures/systèmes, développement de l'équipe et technologies. Seulement 11,2 pour cent des participants ont indiqué qu'ils n'avaient eu recours à aucune stratégie. Cette information est résumée dans la Figure 13. Veuillez vous référer à l'Annexe B pour des exemples de chacune des stratégies qui ont été identifiées. Ces stratégies sont revues dans la section de discussion de ce document.

figure 13

#### Pourcentage des stratégies utilisées par l'initiative de collaboration afin de surmonter les obstacles



Remarque : (\*) souligne les stratégies les plus importantes.

Remarque : (\*\*) souligne les stratégies au niveau macro.





# DISCUSSION

Le but de cette section est de mettre l'accent sur les nombreuses et différentes façons qu'utilisent les initiatives en soins de santé mentale axés sur la collaboration afin de s'efforcer de rencontrer et de dépasser les objectifs des usagers; notre intention n'est pas de suggérer de « bonne » ou de « mauvaise » façon de s'engager dans des activités de collaboration. Les objectifs de l'utilisateur concernant les soins de santé mentale axés sur la collaboration comprennent : amélioration de l'accès, diminution du fardeau de la maladie et optimisation des soins.

Le Cadre de travail en soins de santé mentale axés sur la collaboration (Gagné, 2005) est utilisé afin d'illustrer et d'examiner les tendances à fournir des soins de santé mentale axés sur la collaboration dans un cadre de soins de santé primaires liées aux principes fondamentaux (influences au niveau macro) et aux quatre éléments clés (influences au niveau micro) identifiés dans le Cadre de travail. Chaque section comprend ce qui suit :

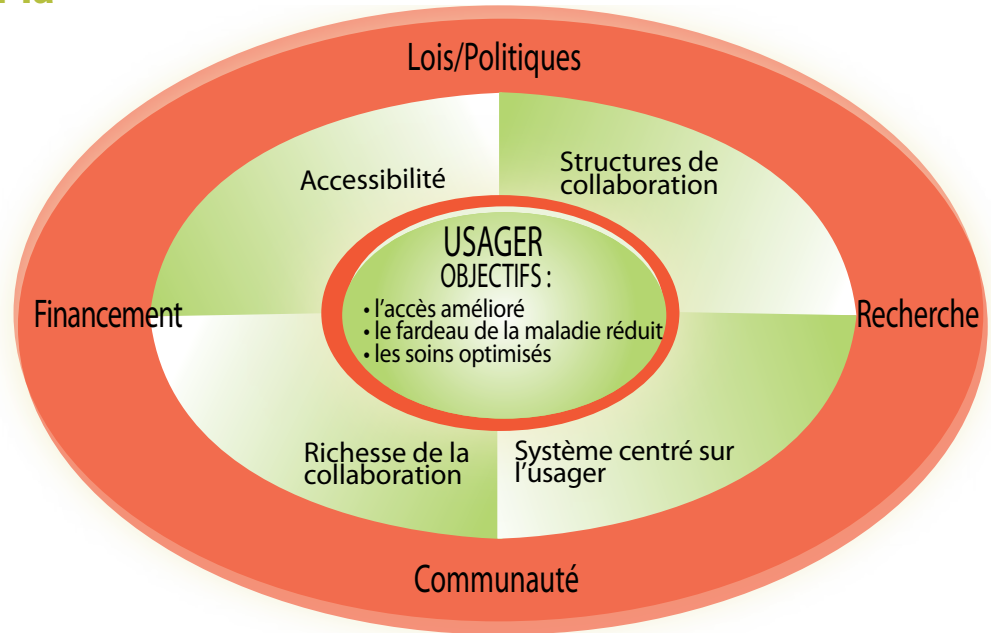
- Description des principes fondamentaux et des éléments clés;
- Observations basées sur la collecte de données et l'analyse;
- Exemples et citations à partir des descriptions d'initiatives;
- Résumé des obstacles pendant la mise en oeuvre des activités de collaboration et les stratégies utilisées par les initiatives afin de surmonter ces défis; et
- Messages clés.

Le but de cette section est de présenter, d'une façon significative, les tendances des soins de santé mentale axés sur la collaboration afin de soutenir les prestataires, les planificateurs, les éducateurs et les responsables des politiques dans le développement d'initiatives futures en soins de santé mentale axés sur la collaboration.

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

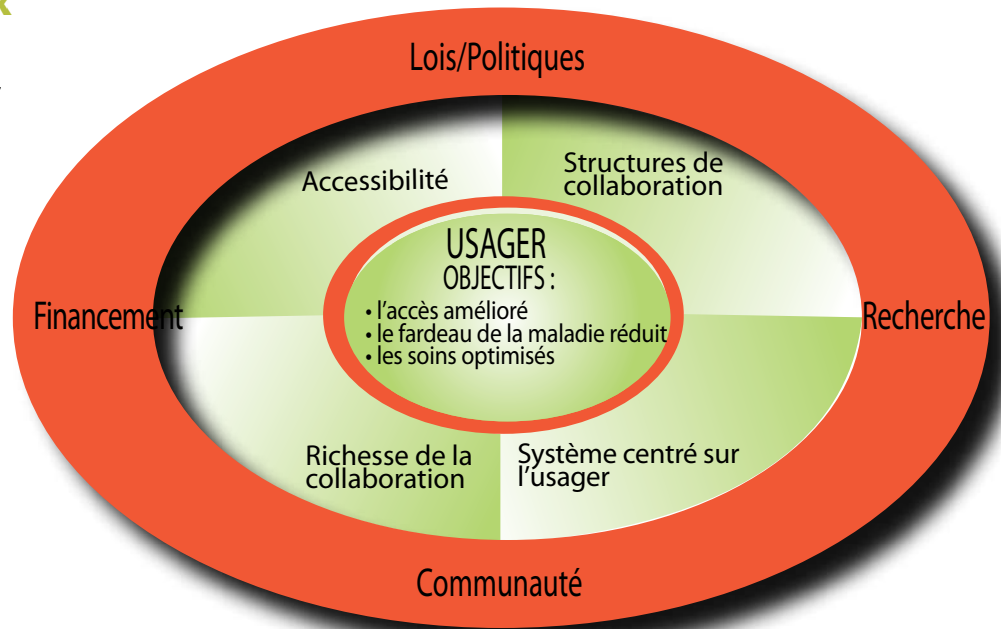
figure 14: Cadre de travail en soins de santé mentale axés sur la collaboration

Le Cadre de travail en soins de santé mentale axés sur la collaboration (Gagné, 2005) est un cadre de travail conceptuel développé afin de favoriser la compréhension du fonctionnement des soins de santé mentale axés sur la collaboration.<sup>8</sup>



## Principes fondamentaux

Selon les besoins des usagers, la collaboration varie à travers le Canada. Selon le Cadre de travail, les caractéristiques favorisant les soins de santé mentale axés sur la collaboration sont nommées « principes fondamentaux » et peuvent être définies comme étant le contexte de niveau macro pour le développement et l'amélioration des initiatives de collaboration. Les aspects de l'environnement opérationnel qui sont essentiels au succès des initiatives de collaboration comprennent : règlements, politiques, lois, planification et rémunération des ressources humaines et un financement compatible avec les principes des soins de santé mentale



<sup>8</sup> Pour une étude plus détaillée du Cadre de travail, référez-vous à 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 (Gagné, 2005), un rapport préparé pour l'ICCSM. Disponible au : <http://www.iccsm.ca>

axés sur la collaboration. Les autres caractéristiques contribuant au succès des soins axés sur la collaboration peuvent comprendre de porter attention à la recherche fondée sur des preuves, aux besoins des collectivités, aux ressources existantes et à leur disponibilité.

### Politiques, lois, règles de financement et fonds

L'infrastructure de soutien est requise pour implanter les soins axés sur la collaboration dans les principaux systèmes de soins de santé. Les **politiques**, les **lois** et les **règles** sont nécessaires afin de s'assurer que les systèmes de soins de santé définissent et intègrent entièrement les soins axés sur la collaboration d'une façon systématique qui répond aux besoins des usagers ayant des troubles mentaux courants (Jenkins et Strathdee, 2000).<sup>9</sup> Bien que l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires puisse sembler logique, le soutien des responsables des politiques et des payeurs est requis afin d'assurer une durabilité à long terme. Dans les systèmes de soins de santé développés, les soins de santé mentale et primaires ont traditionnellement été des structures de soins séparées (p. ex. Kirby, 2004 : rapport #1; Druss, 2002, Institute of Medicine, 2001). Les récents efforts de réforme dans ces deux secteurs de la santé n'ont pas nécessairement entraîné leur fusion (Kates, 2002). Des efforts ciblés et bien mesurés doivent être faits afin que la politique favorable sur la santé mentale devienne la norme (OMS, 2003). Dans certaines juridictions, ce processus d'adoption de la politique, avec un accent marqué sur l'intégration des soins de santé mentale et primaires, est déjà mis en oeuvre (Hickie et Groom, 2002; Lester et al., 2004; Nolan et Badger, 2002; Pawlenko, 2005).

Les éléments cruciaux de la politique sur les soins de santé mentale et primaires (Jenkins, 1998) ont été identifiés. Une telle politique aborde la façon dont les soins pour les maladies mentales courantes seront offerts à l'intérieur d'un système de soins de santé. Les détails concernant qui sera responsable de l'évaluation, du diagnostique et de la gestion de ces conditions sont clairement exposés dans ces politiques.<sup>10</sup> Les activités cliniques sont entièrement soutenues par des normes de qualité pour les apports de services, les processus et les résultats, et un service de contrôle

### Politiques et lois

Les obstacles causés par les politiques et les lois ont été indiqués par 7,9 pour cent des participants. Un d'entre eux rapporte que « *le partage de renseignements entre les organismes était un long processus de développement pour le partage des fascicules d'information et d'un protocole servant à informer l'utilisateur lors de la signature pour participer au programme.* »

« *[Le] développement d'une directive médicale approuvée par l'administration de l'hôpital permettant aux infirmières et infirmiers psychiatriques, aux travailleuses et travailleurs sociaux et aux psychologues d'évaluer, sur une base autonome, les patients, d'ouvrir des tableaux et de fixer une évaluation avec un psychiatre en clinique à l'intérieur de deux semaines* » [était une stratégie utilisée afin de surmonter les obstacles causés par les politiques et les lois].

9 Pour une étude plus détaillée sur les questions relatives au financement, à la politique et aux lois des soins de santé mentale axés sur la collaboration au Canada, référez-vous au rapport écrit pour l'ICCSM : Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires au Canada : Un examen des politiques (Pawlenko, 2005). Disponible au : <http://www.iccsm.ca>

10 Pour une étude plus détaillée sur les questions relatives aux ressources humaines pour les soins de santé mentale axés sur la collaboration au Canada, référez-vous au rapport écrit pour l'ICCSM : Ressources humaines dans le domaine de la santé en soins de santé mentale axés sur la collaboration (Bosco, 2005). Disponible au : <http://www.iccsm.ca>

(p. ex. règles) est défini. Les besoins en perfectionnement et en formation de la main-d'œuvre sont identifiés et le format pour les services de mise en service est exposé en détails. Les aspects clés de la politique peuvent être mis en oeuvre par l'entremise de lois et de règlements; ils peuvent englober des questions telles que les champs d'activités, l'utilisation des renseignements confidentiels, la responsabilité, l'autoréglementation professionnelle et la répartition des responsabilités entre les organismes de réglementation gouvernementaux et professionnels (Bosco, 2005).

La tendance à régionaliser et à restructurer les services de santé a été une tentative pour rationaliser les services. Cependant, cela a aussi entraîné de l'incertitude concernant l'avenir des initiatives existant depuis un certain temps. Il n'y avait que 31 initiatives (34,8 pour cent) avant la mise en oeuvre du Fonds pour l'adaptation des soins primaires de Santé Canada en 2000, une année qui a marqué le début d'une réforme importante des soins de santé primaires au Canada. Depuis, 58 initiatives supplémentaires ont été développées.

Le nombre d'initiatives varie grandement dans les provinces et les territoires. À première vue, il semblerait que certaines provinces ont beaucoup plus d'initiatives en soins de santé mentale axés sur la collaboration que d'autres. Bien que ce soit vrai, il y a deux facteurs contextuels importants à considérer : la population de base et l'importance de l'initiative. En considérant seulement la taille de la population, il y a un plus grand pourcentage d'initiatives en soins de santé mentale axés sur la collaboration dans les territoires et les provinces maritimes. De plus, les initiatives varient grandement au niveau de leur importance, donnant l'impression que certaines provinces ont plus de soins axés sur la collaboration que d'autres. Dans certaines des provinces et certains territoires, il y a des stratégies en soins de santé mentale axés sur la collaboration qui couvrent plusieurs plus petits cabinets, centres de santé ou hôpitaux.

D'autres provinces comme l'Ontario ont un certain nombre d'initiatives plus petites qui ne sont pas nécessairement liées aux initiatives régionales plus importantes. Par exemple, il peut y avoir un plus grand nombre d'initiatives en Ontario simplement en raison du manque d'offices régionaux de la santé dans la province. Dans une telle situation, chaque emplacement doit gérer ses propres activités sans le soutien d'un plus grand réseau, forçant ainsi chaque initiative individuelle à fonctionner par ses propres moyens. Les initiatives ne sont pas nécessairement liées entre elles, même

### Ressources humaines

Un autre obstacle important à la collaboration était lié aux ressources. Les participants rapportent que le recrutement d'un personnel adéquat et qualifié était tout un défi (28,1 pour cent). Un d'entre eux a suggéré que « de recruter des cliniciens afin de travailler pour le programme, étant donné la non disponibilité de l'expertise ciblée et la répugnance des cliniciens à embrasser des conditions de travail nouvelles et inconnues », était une frustration partagée. D'autres défis courants, en plus du recrutement, comprennent :

- ⌘ Trouver le ratio adéquat de spécialistes de la santé mentale pour les prestataires de soins de santé primaires;
- ⌘ Connaître une forte demande de ressources;
- ⌘ Réduction du personnel causée par des coupures dans le financement;
- ⌘ Isolation des initiatives;
- ⌘ Conservation d'un personnel qualifié; et
- ⌘ Roulement de personnel.

lorsqu'elles existent dans un même lieu géographique. Lorsque c'est le cas, cela signifie aussi qu'il y a une grande diversité dans la façon dont les services sont fournis parmi les divers emplacements.

Dans certaines provinces telles que le Manitoba ou l'Alberta, les services de santé sont régionalisés. Plusieurs des initiatives identifiées dans ces provinces représentent de vastes secteurs géographiques ou peuvent comprendre dans leurs activités beaucoup de différents centres de santé, de cabinets privés, de points de services ou d'hôpitaux. Souvent, lorsque c'est le cas, les services qui sont offerts dans chaque emplacement sont semblables, tandis que dans les régions qui sont administrées par des services régionaux, les initiatives ont accès à une quantité croissante de ressources possibles.

La politique à elle seule est insuffisante pour entraîner plus de collaboration. Le **financement** et les incitatifs financiers sont des questions fondamentales dans le développement des soins axés sur la collaboration qui doivent être considérées aux niveaux du financement du système et du paiement aux prestataires. En effet, le manque de financement (c.-à-d. pour les projets pilotes avec un investissement unique et un financement annuel) est un obstacle au développement des soins axés sur la collaboration qui est souvent cité. Le financement pour les soins de santé dans les systèmes de soins de santé développés continue d'être le reflet des divisions structurelles dans la médecine et du manque de parité dans le financement des services de santé mentale, en comparaison avec celui alloué pour les autres états pathologiques (U.S. Department of Health and Human Services [USDHHS], 2001). La répartition des subventions et les plans de **rémunération** ne satisfont habituellement pas les approches holistiques aux soins qui peuvent impliquer plus d'un prestataire offrant des services à un usager à un moment donné (p. ex. le développement des approches d'équipe intégrées aux soins). Au Canada, la rémunération à l'acte par les systèmes de soins de santé provinciaux est la principale forme de rémunération des médecins et peu de ces juridictions permettent à d'autres professionnels autorisés de facturer leurs plans de paiement provinciaux pour leurs services. Il existe peu de plans qui fournissent des incitatifs soutenant la collaboration entre les divers prestataires de soins de santé mentale et primaires de toutes les lignes disciplinaires (Romanow et Marchildon,

### Financement et rémunération

Les obstacles liés au financement et à la rémunération sont les défis les plus souvent rapportés par les participants (42,7 pour cent). Plusieurs ont indiqué qu'ils avaient un manque de financement soutenu et approprié. Dix-huit ont dit qu'ils avaient reçu un financement pour une période de temps limitée; la plupart de ces initiatives ou projets pilotes nouvellement mis en œuvre espèrent obtenir des dispositions en matière de financement à long terme. Réorganiser les structures internes, par exemple réorganiser des services déjà existants afin qu'ils soient plus efficaces, peut parfois diminuer le besoin d'un plus grand financement. C'est une stratégie que les participants ont utilisée afin de lutter contre leur frustration concernant le manque de financement. De plus, les participants soulignent que de constamment solliciter du financement les aidait à obtenir des fonds supplémentaires lorsqu'ils en avaient besoin.

*« Le financement permettant aux médecins de famille qui pratiquent dans des emplacements où ils sont rémunérés à l'acte d'être payés pour leur temps passé dans les refuges, les séances de consultation pour des cas, etc...[était une solution à l'obstacle du financement auquel les participants ont dû faire face]. »*



2003; USDHHS, 2001). Sans de tels incitatifs, la participation soutenue des prestataires dans les soins axés sur la collaboration devient souvent intenable; ainsi, les initiatives uniques ne s'intègrent pas dans le courant dominant et les programmes prometteurs ne sont pas évalués.

Il y a un manque au niveau de la compréhension des éléments de financement des soins axés sur la collaboration. Korda (2002) rapporte que les intervenants du système à travers les États-Unis ont indiqué qu'ils n'étaient pas au courant des concepts clés concernant les coûts (p. ex. compensations, parité, les différences entre les incitatifs financiers et les moyens de dissuasion, les forces du marché des soins de santé et la prise sur le marché). Parmi les professionnels canadiens, l'absence de connaissances concernant le financement peut être le résultat du manque d'exposition aux diverses approches de financement et de la domination des plans de rémunération à l'acte. Dewa et al. (2001) aborde le besoin de plans de paiement mixtes (à l'acte plus les incitatifs) pour les prestataires de soins axés sur la collaboration en l'absence d'un changement en profondeur dans les plans de remboursement canadiens actuels.

Afin de vraiment soutenir la collaboration, les plans de financement, les programmes de versements et les modèles opérationnels doivent être flexibles et justifiés (Quirk et al., 2000; Dea, 2000). Cependant, les payeurs doivent attendre de voir les résultats des soins axés sur la collaboration et être d'accord pour grouper les dépenses des systèmes de collaboration afin de réduire le roulement des professionnels de la santé (Initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires – ACIS) (Nolte et Tremblay, 2005). Les incitatifs financiers et les modes de financement peuvent être des outils extrêmement utiles pour augmenter le ratio d'endettement et renforcer les changements des soins de santé de même que le comportement des praticiens de l'organisme. Les nouvelles approches de financement pour les soins axés sur la collaboration doivent satisfaire les coûts à court et à long terme des soins axés sur la collaboration en fonction des gains concernant les résultats sur la santé des usagers.

### Financement et rémunération

Un manque de stratégies créatives ou de soutien à la rémunération ne fournit pas d'incitatifs pour la participation à des efforts de collaboration et crée des obstacles supplémentaires relatifs à l'accessibilité des services. Les participants rapportent qu'ils ont eu des difficultés à recruter les prestataires nécessaires à leur équipe en raison de structures de financement sans appui. Les stratégies de rémunération à l'acte ne soutiennent pas les activités de collaboration en partie parce que ces dispositions ne permettent pas aux prestataires de facturer le temps qu'ils passent à s'impliquer dans des activités de collaboration telles que des réunions d'équipe, des sessions de sensibilisation, des consultations ou la transmission des plans de traitement à des membres de l'équipe. Les participants ont souligné que de créer des postes à traitement annuel pour les médecins de famille ou pour d'autres prestataires qui sont normalement rémunérés à l'acte était une stratégie qui les a aidés à surmonter les défis liés à la rémunération.

*« Les difficultés comprennent le temps non rémunéré que les médecins de famille passent à se rendre à l'hôpital pour des réunions et à discuter de problèmes et de stratégies afin d'améliorer les soins individuels aux patients »*

## MESSAGES CLÉS

### Politiques, lois, ressources humaines, règles de financement et fonds

- *Les politiques et les lois provinciales, territoriales et fédérales peuvent soit faciliter ou prévenir les services de collaboration comme le prouve l'étendue des initiatives de collaboration à travers le Canada.*
- *Les obstacles liés au financement et à la rémunération sont les défis les plus importants signalés par les participants (42,7 pour cent).*
- *Le recrutement de professionnels qualifiés désireux de s'engager dans les soins axés sur la collaboration est difficile, selon 28,1 pour cent des participants.*
- *La plupart des stratégies de rémunération à l'acte ne supportent pas les activités de collaboration ou ne fournissent pas d'incitatifs les appuyant*

### Recherche et communauté

La **recherche** est à la fois un point de départ et un résultat essentiel à la validation des soins axés sur la collaboration. Comme toute nouvelle approche des soins, la recherche peut jouer un rôle important dans la légitimation d'une nouvelle approche en tant que celle qui « réussie » et qui « réussie mieux » que d'autres ou de précédentes approches.

L'implication de nombreux professionnels dans la prestation de soins axés sur la collaboration et leur engagement à impliquer les usagers dans tous les aspects de ce type de soins demandent de nouvelles approches qui transcendent les modèles de discipline traditionnels (Martin, 2003). Gask et Rogers (1998) demandent que la recherche commence par une vue d'ensemble des paradigmes inhérents aux soins axés sur la collaboration ainsi que par une définition développée des soins de santé mentale et primaires permettant d'englober toute la portée des ressources communautaires outre les soins médicaux primaires. Une telle perspective soutiendrait le rétablissement des usagers d'une maladie mentale ou d'une détresse, les plaçant dans un état de bien-être et de santé. Il sera nécessaire de focaliser sur une pratique basée sur des preuves et des traitements novateurs qui vont au-delà de l'adaptation de traitements

### Évaluations

Soixante et une initiatives mènent présentement, ou ont mené, une forme d'évaluation du service ou du programme. Des évaluations formelles sont des pratiques de plus en plus courantes. Cependant, des directives sur la façon dont les évaluations devraient être menées doivent être fournies (p. ex. quand, par qui, pour combien de temps et à l'aide de quelles mesures). De tous les participants, 7,9 pour cent ont noté des obstacles liés aux évaluations. Les obstacles les plus courants, tels qu'indiqués par les participants, comprennent un manque de financement, de temps et/ou de ressources humaines. En revanche, mener des évaluations ou utiliser les renseignements qui en ressortent était une stratégie employée par les initiatives pour surmonter certains obstacles liés à la mise en œuvre et à l'amélioration de leurs activités (tel qu'exprimé par 12,4 pour cent des participants).

spécialisés dans un cadre de soins de santé primaires. Comblent les lacunes entre la recherche et les pratiques dans la vie réelle de même qu'entre les modèles idéaux et les contraintes de tous les jours est aussi essentiel à la compréhension des soins axés sur la collaboration<sup>11</sup>. Finalement, la recherche doit être reconnue pour son importance et doit aussi être soutenue si l'on veut que ce changement se réalise. Les fonds doivent être assignés à cette fin pour que les méthodes courantes et les approches à emplacements multiples puissent être adoptées.

Lorsqu'une initiative est développée, il est important de considérer les besoins et les ressources de la **communauté** et d'évaluer la disponibilité des prestataires et des usagers potentiels pour travailler dans les soins de santé mentale axés sur la collaboration (Gask et Rogers, 1998; « Mauer/National Council on Community Behavioural Healthcare », 2003). Beaucoup d'initiatives en soins de santé mentale axés sur la collaboration connaissent les besoins de la communauté et savent quelles sont les ressources qui y sont disponibles. Réaliser des évaluations des besoins, des groupes de discussions ou des questionnaires ont aidé ces initiatives à identifier les besoins uniques de leur communauté. De plus, une bonne communication entre les initiatives de collaboration et les autres ressources communautaires a permis de développer les aptitudes des partenaires en soins de santé à fournir collectivement aux usagers les soins qu'ils veulent et dont ils ont besoin.

De plus, les partenaires en soins de santé reconnaissent qu'il existe des populations particulières ayant des besoins uniques. Ces populations comprennent : les groupes ethno-culturels, les sans-abri et itinérants, les enfants/jeunes, les personnes âgées/gériatrie, les Autochtones, les populations urbaines, les populations rurales, les personnes souffrant de toxicomanie et de troubles concomitants, d'un trouble spécifique, les populations nordiques/isolées, et celles atteintes d'une maladie mentale grave. Quatre-vingt-un participants (91 pour cent) ont rapporté offrir des services spécialisés à au moins une population spéciale et 64 (ou 71,9 pour cent) desservent au moins deux populations.

En espérant soutenir les efforts des cliniciens, gestionnaires, programmes et cabinets intéressés à fournir des services spécialisés, l'ICCSM a développé des trousse d'outils de mise en oeuvre<sup>12</sup> afin de soutenir le développement et l'amélioration des initiatives de collaboration en soins de santé primaires. Ces trousse d'outils offrent des conseils pratiques sur tous les aspects de la création réussie d'une initiative, de l'identification des besoins à l'évaluation du projet. Les trousse d'outils contiennent aussi une variété de listes de contrôle, de pages de travail et de ressources. Puisque les ressources varient d'un projet à un autre, la trousse d'outils offre un éventail d'options qui combinent les lacunes entre l'idéal (ce qui pourrait être accompli si la disponibilité du financement/ressource n'était pas un problème) et la réalité (ce qui peut être fait avec les ressources disponibles).

11 Pour une étude plus détaillée des renseignements actuels disponibles sur les meilleures pratiques, référez-vous au rapport écrit : Meilleures pratiques pour des soins de santé mentale axés sur la collaboration : Une analyse des données existantes (Craven et Bland); 2005.

12 Kates N, Ackerman S, Crustolo AM, Mach M. Collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires : Une trousse d'outils sur la planification et la mise en oeuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs, Mississauga, Ont.: Initiative de collaboration en soins de santé mentale; 2005. Disponible au <http://www.iccsm.ca>



## MESSAGES CLÉS

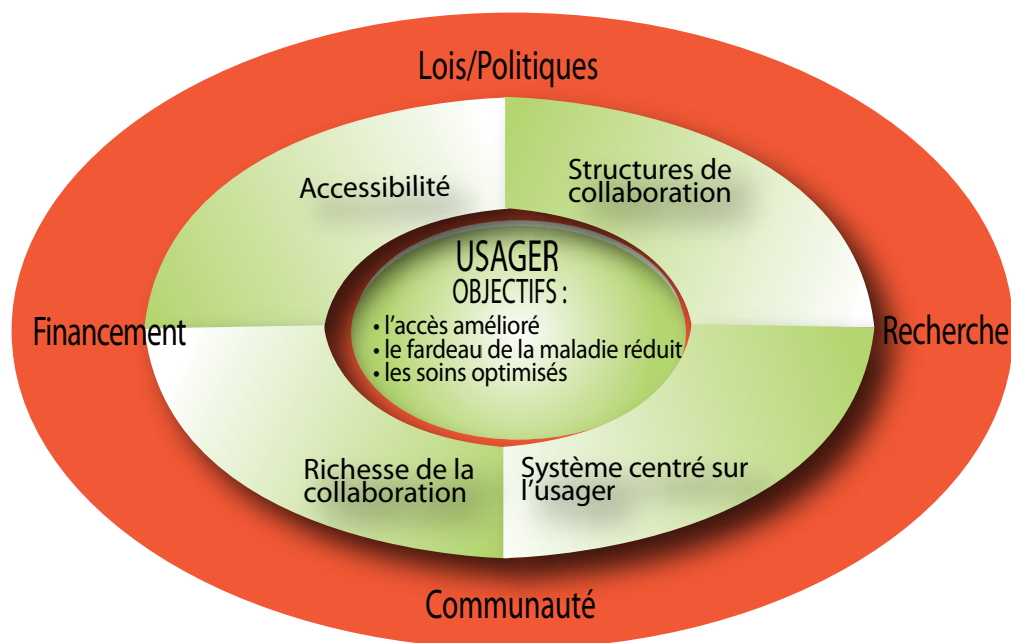
### Recherche et Communauté

- *Le but de la recherche et des évaluations du service et du programme est de créer une base de connaissances et d'identifier de meilleures pratiques afin que des soins améliorés puissent être mis en oeuvre par les initiatives de collaboration.*
- *Beaucoup de participants reconnaissent que certaines populations ont des besoins spéciaux et développent des services spécialisés afin de répondre aux besoins de ces communautés spécifiques.*

### Éléments clés

Le Cadre de travail (Gagné, 2005) cherche à faciliter la compréhension et l'appréciation des soins de santé mentale axés sur la collaboration en définissant quatre éléments clés :

- L'accessibilité
- Les structures de collaboration
- La richesse de la collaboration
- Le système centré sur l'utilisateur



L'*accessibilité* ou « rapprocher les services de la maison » reproduit le besoin des prestataires d'offrir des services de santé mentale dans un emplacement qui soit près des usagers de même que des services qui soient accessibles et fournis par le prestataire le plus approprié. Ceci comprend l'accessibilité à la prévention, à la promotion, au dépistage, au traitement et au rétablissement de la santé mentale.

Les initiatives de collaboration requièrent des *structures* appropriées et de soutien (c.-à-d. des façons de travailler ensemble acceptées par les partenaires en soins de santé) et des *systèmes* (c.-à-d. comment est-ce que les partenaires en soins de santé doivent exécuter certaines fonctions de collaboration clés). Ces caractéristiques sont les composantes de base de la collaboration.

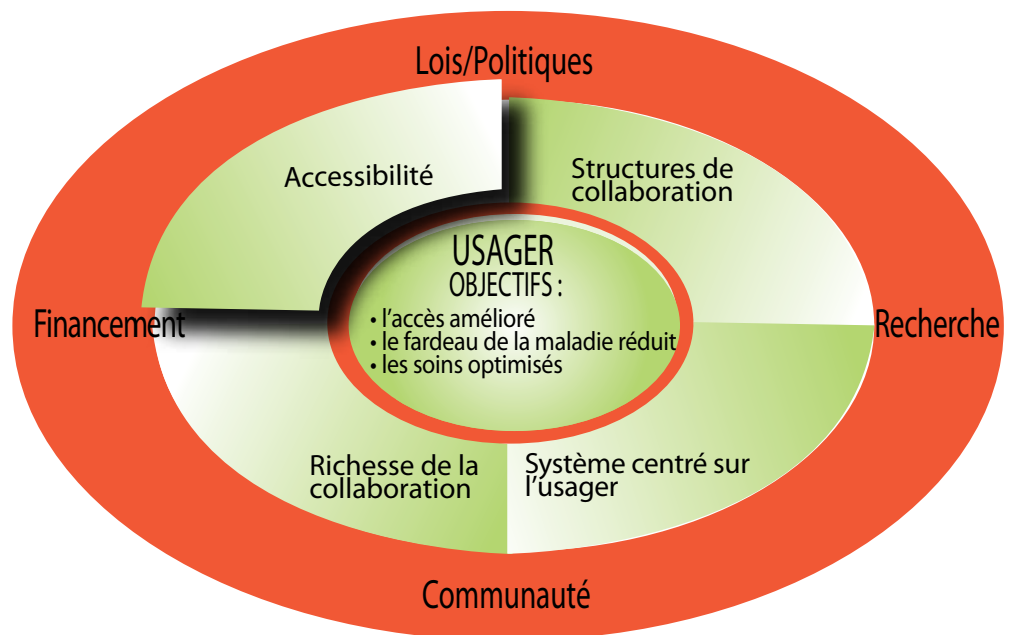
La *richesse de la collaboration* est une façon d'améliorer la capacité des prestataires de soins de santé primaires à offrir des activités de soins de santé mentale et est soutenue par des activités éducatives (impliquant des échanges de connaissances), l'inclusion d'un éventail de partenaires en soins de santé et une communication interdisciplinaire. Ces caractéristiques améliorent la capacité de tous les partenaires en soins de santé.

Finalement, le *système centré sur l'utilisateur* est basé sur la notion que les usagers devraient être impliqués en tant que partenaires actifs dans tous les aspects de leurs soins et reconnaît que les soins de santé mentale axés sur la collaboration dans les soins de santé primaires sont basés sur les besoins des usagers.

Ce qui suit est une discussion sur la façon dont ces éléments clés ressortent clairement dans l'éventail des initiatives de collaboration à travers le Canada. La discussion comprend une description de chaque élément clé, donne des exemples des caractéristiques de chaque élément clé, met en évidence les thèmes, tendances et observations principaux relatifs aux éléments clés et se conclut sur des messages clés.

### Accessibilité : Rapprocher les services de la maison

L'amélioration de l'accès aux services de santé mentale dans un contexte de soins de santé primaires, ce qui comprend la prévention, la promotion, le dépistage, le traitement et le rétablissement de la santé mentale, est en cours à travers le Canada et ce, sous différentes formes. En général, les approches concernant la collaboration se divisent en deux groupes : prestation des soins de santé mentale directe et indirecte. L'importance et la portée des initiatives utilisant les deux approches varient, mais un trait commun les unit : le désir de provoquer du changement de façon à faciliter l'accès des usagers aux services dont ils ont besoin et ce, aussi vite que possible et dans un emplacement qui soit pratique pour eux.



Avec une *approche directe*, les spécialistes de la santé mentale offrent aux usagers leurs services dans un contexte de soins de santé primaires. De tels arrangements comprennent habituellement des visites spéciales par un ou des spécialistes de la santé mentale, le regroupement de spécialistes de la santé mentale avec des prestataires de soins de santé primaires ou des dispositions en télésanté mentale.

Avec une *approche indirecte*, un prestataire de soins de santé primaires fournit aux usagers des services de soins de santé mentale tout en recevant le soutien consultatif d'un spécialiste de la santé mentale (c.-à-d. que le spécialiste de la santé mentale fournit des soins de santé mentale indirects). Les prestataires peuvent être ou ne pas être regroupés. Les arrangements consultatifs varient selon les besoins du prestataire de soins de santé primaires et comprennent habituellement le soutien par téléphone, courriel ou vidéoconférence, des discussions en tête à tête et/ou des consultations mixtes (impliquant le spécialiste de la santé mentale, le prestataire de soins de santé primaires et l'utilisateur). Ces mécanismes de soutien peuvent être définis de façon formelle (p. ex. rendez-vous prévu) ou informelle (p. ex. rendez-vous non prévu) et ce, selon le débit du service et les besoins du ou des prestataires de soins de santé primaires.

#### *Discussion générale : Accessibilité*

L'essence même de « l'amélioration de l'accès aux soins » consiste à satisfaire les besoins des usagers en santé mentale d'une façon qui complète leur mode de vie et qui leur permet de se procurer tous les soins nécessaires à un seul endroit (Blount, 1998). Un ensemble de services en soins de santé mentale éclaté et un système de soins médicaux compartimenté présentent des défis importants pour les professionnels de la santé qui désirent satisfaire les demandes des usagers pour des approches plus holistiques de la maladie mentale et de la détresse. Le fardeau de naviguer d'un service à l'autre retombe sur les usagers et les familles et ce, souvent dans des moments de stress considérable. Rendre les soins axés sur la collaboration disponibles dans un contexte de soins de santé primaires « rapproche les services de la maison » pour les usagers et les familles et ce, dans un emplacement

#### **Exemples d'initiatives**

***Approche directe:*** À Vancouver, en Colombie-Britannique, le Geriatric Psychiatric Outreach Team (GPOT), composée de psychiatres, d'infirmières et d'infirmiers autorisés, de travailleuses et de travailleurs sociaux et d'un neuropsychologue, fournit des services de consultation (c.-à-d. consultation sur place, évaluation et suivi continu, au besoin) à deux cliniques de médecine familiale et à un centre de santé communautaire et ce, entre un et deux jours et demi par mois. Le GPOT se rend aussi au domicile des patients afin de mener des évaluations, lorsque approprié.

***Approche indirecte:*** Le Collaborative Mental Health Care Network, en Ontario, consiste en un programme de mentorat qui lie les psychiatres, les psychothérapeutes généralistes et les travailleuses et travailleurs sociaux (mentors) avec les médecins de famille (« mentorés ») dans une relation de collaboration. Les médecins de famille fournissent des soins de santé mentale à leurs patients tout en recevant un soutien consultatif de leur (s) mentor (s) désigné (s) par courriel, télécopieur, téléphone ou, tout simplement, face à face, au besoin.

familier et non stigmatisant. Une habileté accrue à gérer les troubles mentaux courants est nécessaire partout dans le monde (OMS, 2003).

Les bienfaits de cet accès croissant aux soins de santé mentale axés sur la collaboration sont nombreux. Les usagers se présentent souvent dans les emplacements de soins de santé primaires avec des problèmes qui ne sont pas différenciés comme étant biologiques ou psychologiques (Blount, 1998; Peek et Heinrich, 1998). Il y a aussi des usagers qui souffrent d'un état chronique et qui ont besoin d'un traitement de santé mentale (Griffith, 1998). Les soins de santé mentale axés sur la collaboration ont le potentiel d'aborder un bon nombre d'aspects de ces problèmes par le biais de la mise en commun de l'expertise et des aptitudes de l'équipe de soins de santé. En faisant partie de la communauté de l'utilisateur, le prestataire de soins de santé primaires a une plus grande possibilité de mettre en œuvre des traitements efficaces et brefs pour les maladies mentales courantes et d'exploiter d'autres ressources communautaires et personnelles pouvant soutenir l'utilisateur bénéficiant des soins. En voyant les usagers sur une base régulière, il y a possibilité de mieux les connaître pendant une période de temps plus longue, de leur fournir des soins par les mêmes prestataires, de reconnaître les maladies mentales courantes lorsqu'elles apparaissent et d'offrir des activités de prévention et de promotion de la maladie.

Les prestataires et les systèmes de soins de santé locaux sont aussi avantagés en fournissant un accès accru. En prenant le temps d'aborder les problèmes de santé mentale des usagers rencontrés dans le cadre des soins de santé primaires, les prestataires de soins de santé peuvent se concentrer sur l'état fonctionnel des usagers plutôt que simplement sur leurs symptômes (Nolan et Badger, 2002). Avoir divers professionnels au sein d'une équipe de soins axés sur la collaboration permet le partage des responsabilités concernant le diagnostic et le traitement, l'augmentation des possibilités de communication, de formation et de développement des aptitudes et la création d'opportunités de répondre à un plus grand éventail de problèmes et, par conséquent, la réduction du fardeau de la maladie (Blount, 1998; Dea, 2000; « Mauer/National Council for Community Behavioral Healthcare », 2003).

Une *approche directe* des soins de santé mentale axés sur la collaboration tend à être utilisée par les participants ayant des équipes plus petites, rapportant un débit de service moins important et un éventail petit ou modéré de prestataires de collaboration (habituellement pas plus de trois spécialités). Il est plus probable que l'équipe de collaboration comprenne des médecins et des psychiatres, bien que les travailleuses et travailleurs sociaux et les infirmières et infirmiers soient de plus en plus utilisés en tant que spécialistes de la santé mentale. Le succès de cette approche repose sur de solides ententes d'orientation entre les spécialistes de la santé mentale et les prestataires de soins de santé primaires. De toutes les initiatives, 20,2 pour cent utilisent une approche directe des soins axés sur la collaboration.

Une *approche indirecte* des soins de santé mentale axés sur la collaboration tend à permettre aux plus grandes équipes un éventail plus important de partenaires de collaboration et un débit de service plus élevé. La coordination de cette approche demande de bonnes méthodes de communication (p. ex. téléphone ordinaire, courriel ou rencontre de soutien) ainsi que des structures et des systèmes bien définis (p. ex. réunions d'équipe régulières et utilisation de dossiers électroniques de santé). Cette approche améliore la capacité des prestataires de soins de santé

primaires à évaluer, diagnostiquer et traiter les maladies mentales. Les possibilités d'échange de connaissances et d'habiletés entre les partenaires en soins de santé (développement des capacités) sont plus grandes en utilisant cette approche en raison des interactions formelles et informelles améliorées qui ont lieu entre les membres de l'équipe. De toutes les initiatives, 11,2 pour cent utilisent une approche indirecte des soins axés sur la collaboration.

Une *approche indirecte* des soins axés sur la collaboration demande plus de temps et d'énergie pour le prestataire de soins de santé primaires et il est donc moins probable qu'elle soit utilisée s'il y a un manque de ralliement de la part du prestataire de soins de santé primaires. Ce ne sont pas tous les prestataires de soins de santé primaires qui sont capables de trouver le temps en clinique pour voir les usagers ayant des maladies mentales et ils ne sont pas non plus tous intéressés à améliorer leur capacité à évaluer, diagnostiquer et traiter une variété de maladies mentales.

### Ralliement

Les obstacles liés au « ralliement » (ou au manque de ralliement) de la part du prestataire ou de l'utilisateur faisaient partie des défis les plus considérables rapportés par les participants. Par exemple, un participant a signalé que « *les médecins de famille étaient d'abord sceptiques en ce qui concerne le temps à investir dans une relation de soins partagés.* » D'autres inquiétudes sont liées à l'incertitude concernant l'efficacité des approches des soins de santé mentale axés sur la collaboration afin d'améliorer les résultats de l'utilisateur ou les habiletés des prestataires en soins de santé primaires.

Les inquiétudes étaient plus grandes en ce qui concerne la création d'un ralliement de la part des prestataires de soins de santé primaires, en particulier des médecins de famille. Certains participants ont rapporté que le ralliement augmente avec le temps en raison d'un certain nombre de facteurs importants :

- Les prestataires reçoivent plus de soutien pour les ressources nécessaires (p. ex. des structures de soutien au financement et du temps de soins partagés protégé);
- Les prestataires ont constaté des améliorations sensibles dans les résultats des usagers; et
- Les prestataires sont devenus plus confortables et confiants en ce qui concerne la gestion des problèmes de santé mentale simplement en ayant des contacts informels avec les spécialistes de la santé mentale (p. ex. leur conscience générale en la matière a augmenté).

*Trente-six pour cent des participants ont signalé qu'un manque de ralliement des prestataires ou des usagers était un obstacle à la mise en œuvre des soins axés sur la collaboration.*



## Ralliement

Quand les prestataires de soins de santé mentale se rallient aux soins de santé mentale axés sur la collaboration, il est plus probable qu'ils cherchent du soutien et de la valeur consultative, en recevant du soutien de spécialistes de la santé mentale, et qu'ils soient plus intéressés à améliorer leur propre habileté à fournir des services en soins de santé mentale (Grazier et al., 2003). Une entente consultative appropriée comprenant le type de soutien, par qui, comment et quand il sera fourni est déterminée en essayant de lier les besoins et les habiletés du ou des spécialistes de la santé mentale et du ou des prestataires de soins de santé primaires impliqués dans l'initiative. Par exemple, les initiatives ont pu créer un ralliement une fois qu'elles « avaient reçu du soutien de la part de champions au sein des équipes de soins et des structures administratives/ de gestion qui avaient compris la valeur de [leur] initiative. » Du point de vue d'un usager, d'une famille et d'un aidant naturel, cela signifie que ces personnes comprennent les bienfaits des soins axés sur la collaboration et qu'elles répondent à leurs inquiétudes.

La défense des droits, soit une stratégie utilisée par 23,6 pour cent des participants, était une méthode utilisée afin de surmonter les obstacles relatifs au ralliement.

*« [Un des obstacles impliquait] de convaincre les parents/gardiens que les efforts d'intervention [axés sur la collaboration] actuels auraient un impact davantage positif dans le développement de l'enfant et que cela ne signifiait pas que le bien-être de l'enfant serait compromis. »*

Puisque les bienfaits de chaque approche sont uniques, il est plus probable que les participants utilisent une *combinaison des approches directe et indirecte* afin d'offrir leurs services. Il semblerait que ce soit la méthode satisfaisant le mieux aux besoins des usagers tout en équilibrant les besoins et la disponibilité des prestataires de soins de santé primaires et des spécialistes de la santé mentale. Les bienfaits de l'utilisation d'une combinaison des deux approches sont : (1) les usagers ont plus de chances d'accéder plus rapidement aux prestataires qui sont équipés pour aborder leurs besoins en santé mentale; (2) les prestataires de soins de santé primaires deviennent plus confiants et en mesure de gérer les usagers ayant des maladies mentales; et (3) les usagers ont plus de chances de recevoir des soins continus d'un prestataire ou d'une équipe de prestataires qui sont familiers avec leurs besoins uniques. De toutes les initiatives, 68,5 pour cent utilisent une combinaison des approches directe et indirecte des soins axés sur la collaboration. Les facteurs qui semblent influencer l'accent mis sur une approche en particulier comprennent :

- Le désir des prestataires de soins de santé primaires de développer leur capacité à traiter des maladies mentales;
- La disponibilité des spécialistes de la santé mentale;
- La disponibilité et le ralliement des prestataires de soins de santé primaires;
- Les incitatifs financiers et autres concernant la participation des prestataires dans les soins axés sur la collaboration; et
- Les besoins uniques de la population d'usagers qui sont principalement desservis par l'initiative.

## Géographie

Bien que la géographie ait été un obstacle rapporté par certains participants, il n'était pas aussi courant que les autres (4,5 pour cent). Cependant, la géographie représente un défi considérable pour les initiatives situées en campagne, dans le nord ou dans des régions isolées. L'isolation vécue par certains prestataires peut empêcher la communication nécessaire entre les experts et les usagers. Cependant, avec le développement des technologies de communication de soutien telles que la vidéo et la téléconférence, les participants ont signalé qu'ils étaient plus en mesure de joindre ces communautés et ces prestataires. De plus, des visites spéciales sur place par des prestataires itinérants sont une autre façon efficace d'améliorer la communication et la confiance entre les prestataires et les usagers.

*“ L’immensité de la zone desservie et la nécessité d’impliquer beaucoup de juridictions en tant que partenaires [a été un obstacle qui] a demandé un processus de collaboration planifié avec davantage de soins.”*

## MESSAGES CLÉS

### Accessibilité

- ∞ *Il est plus probable que les initiatives utilisent une certaine combinaison d'approches directe et indirecte afin de fournir leurs services puisque cela permet de maximiser les bienfaits de chacune des approches afin de satisfaire les besoins des usagers et d'avoir accès aux ressources en soins de santé mentale et primaires disponibles.*
- ∞ *Certains facteurs semblant influencer l'approche ou la combinaison des approches (directe ou indirecte) utilisée par les initiatives comprennent :*
  1. *Le désir du prestataire de soins de santé primaires de développer sa capacité à traiter des maladies mentales;*
  2. *La disponibilité des spécialistes de la santé mentale;*
  3. *La disponibilité et le ralliement des prestataires de soins de santé primaires;*
  4. *Les incitatifs financiers et autres concernant la participation des prestataires dans les soins axés sur la collaboration; et*
  5. *Les besoins uniques de la population d'usagers qui sont principalement desservis par l'initiative*
- ∞ *Le manque de ralliement de la part des prestataires (en particulier les prestataires de soins de santé primaires), des usagers, des familles et/ou des aidants naturels est un obstacle de taille à la collaboration.*

## Structures de collaboration : Construire des composants pour la collaboration

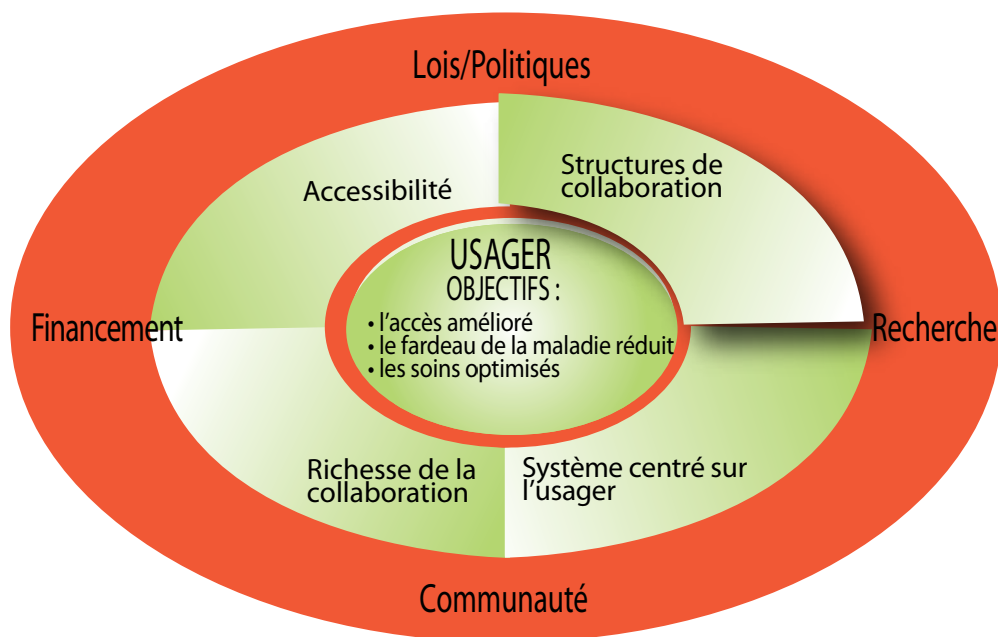
Les initiatives en soins de santé mentale axés sur la collaboration réussissant avec succès reconnaissent le besoin de *systèmes* et de *structures* qui soutiennent la collaboration. L'importance de la structure d'une initiative ne peut pas être minimisée parce qu'elle sert de fondation aux activités et aux systèmes fondamentaux.

Les *structures* des initiatives de collaboration définissent la façon dont les personnes travaillent ensemble. Elles servent de fondation aux types

d'interactions et d'attentes qui sont formées ainsi qu'au modèle des systèmes de soutien. Par exemple, les structures aident à définir comment les activités de collaboration seront financées et évaluées, qui sera responsable des soins aux usagers et quel sera le rôle de chaque prestataire offrant des soins. Les initiatives de collaboration peuvent comporter autant de structures formelles qu'informelles afin de soutenir leurs activités.

Les propositions de projets, les contrats et les ententes de services sont souvent utilisés pour définir les *structures formelles*. Les centres de coordination et les réseaux de collaboration peuvent être considérés comme des structures formelles dirigeant les activités des initiatives de collaboration.

Beaucoup de structures opérationnelles ou *structures informelles* mal définies existent au sein des initiatives de collaboration et sont souvent basées sur des ententes verbales. Ces structures informelles tendent à soutenir les nuances quotidiennes impliquées dans



### Exemple d'initiative

**Structures formelles** : Le Hamilton Health Services Organization (HSO) Mental Health and Nutrition Program est géré par une équipe de gestion centrale qui est responsable d'allouer les ressources, de recruter et d'orienter les conseillers et les psychiatres, d'établir et de conserver les normes du programme, d'assurer le lien avec les sources de financement et d'assurer la défense des droits pour le programme. De plus, l'équipe offre des activités éducatives pour les conseillers, les psychiatres et les médecins de famille impliqués dans le programme. Des références ou des éléments d'intérêt utiles sont distribués dans les cliniques des médecins.



la gestion d'une initiative de collaboration.

Les *systèmes* de soins de santé mentale axés sur la collaboration développent à partir des structures des initiatives de collaboration et définissent comment exécuter diverses fonctions clés des soins de santé mentale axés sur la collaboration (c.-à-d. comment fournir les services de santé mentale dans un contexte de soins de santé primaires et ce, dans un contexte de collaboration). Les systèmes couramment utilisés comprennent : les stratégies d'orientation (comprenant les formulaires ou réseaux d'orientation), les technologies de l'information (comprenant les dossiers électroniques, l'échange d'information sur le Web, la télé et la vidéoconférence, le courriel et les listes de diffusion) ainsi que les évaluations (outils de mesure standardisés).

*Discussion générale :*  
*Structures de collaboration*

La distribution des soins axés sur la collaboration requiert l'ajustement des pratiques par tous les professionnels impliqués et ces éléments de pratique doivent cadrer avec le contexte des soins. Là où les soins axés sur la collaboration sont offerts dans un cadre de soins de santé primaires, ce sont les professionnels de la santé mentale qui doivent, la plupart du temps, faire des ajustements sur le plan des éléments tels que le traitement (de brèves approches centrées sur les solutions plutôt que sur le processus), les dossiers cliniques (intégrés dans le dossier médical avec des notes plus concises), les rendez-vous moins longs (de Gruy, 1999; Patterson et al., 1998; Valianti, 2004). Les protocoles de l'équipe aident

**Exemple d'initiative**

**Structures informelles** : Le Kelsey Trail Health Region n'a pas de processus formel en tant que tel. Cependant, des efforts significatifs ont été mis en oeuvre afin de coordonner et d'intégrer les services de soins de santé mentale et primaires dans la région. Le personnel en soins de santé mentale est principalement situé dans les trois hôpitaux communautaires (le personnel comprend des infirmières et des infirmiers en santé mentale, des intervenants en toxicomanie, des psychologues, des thérapeutes en santé mentale et des travailleuses et des travailleurs sociaux). Le personnel en santé mentale a accès à un bon nombre d'autres prestataires, ce qui comprend des médecins de famille, des physiothérapeutes, des nutritionnistes, des thérapeutes en réadaptation et d'autres ressources communautaires, et communique avec eux, lorsque nécessaire.

**Exemple d'initiative**

**Systèmes** : Un projet pluri-gouvernemental impliquant le Territoire du Yukon et la Colombie-Britannique a été expressément conçu afin d'utiliser les technologies de l'information/communication pour soutenir la collaboration, disséminer les renseignements et favoriser le partage des meilleures pratiques parmi les emplacements desservant les régions du nord/isolées. Le projet est soutenu par des technologies à distance telles que la vidéoconférence, un site intranet sécuritaire et le courriel. Un dossier médical électronique a tout récemment été intégré en tant que moyen de lier les divers prestataires et de soutenir la continuité et l'intégration des soins.

### Structures et systèmes

De toutes les initiatives, 41,6 pour cent rapportent des obstacles liés aux structures et systèmes des soins axés sur la collaboration. Par exemple, les participants ont eu de la difficulté lorsqu'ils ont développé ou mis en œuvre de nouveaux modèles de soins axés sur la collaboration et ont éprouvé de la frustration lorsqu'ils ont fait face à un manque de coordination. Il était particulièrement difficile de coordonner les activités lorsque l'initiative n'avait pas de coordonnateur ou de gestionnaire assigné.

Plusieurs participants ont suggéré que les membres de leur équipe étaient trop occupés et qu'ils n'avaient pas toujours le temps de participer à des activités de collaboration telles que des consultations mixtes, des téléconférences ou des réunions d'équipe. D'autres problèmes comprennent l'obtention d'un espace approprié pour mener les évaluations et soutenir le personnel de l'initiative.

Les *structures formelles* sont essentielles aux initiatives de collaboration les plus importantes, surtout lorsque l'équipe de collaboration est composée de beaucoup de membres et que le débit de service est élevé. Il est souvent exigé que ces types de structures soient mises en place lorsqu'une initiative est à la recherche d'un financement pour un projet de démonstration ou de recherche. Les structures formelles deviennent de plus en plus importantes lorsque de plus petites initiatives, ou celles ayant un débit de service moins élevé ou moins de membres dans l'équipe, essaient d'augmenter leurs services. De toutes les initiatives décrites, 56,2 pour cent ont un directeur/gestionnaire désigné et 24,7 pour cent ont un coordonnateur.

à définir les rôles et les fonctions et à rendre évidentes les distinctions entre le leadership ou les fonctions de coordination et les responsabilités cliniques et professionnelles (Herrman et al., 2002; Lipkin, 1999). La proximité physique des prestataires de l'équipe est importante afin de soutenir la communication formelle et informelle entre les prestataires et de faciliter les interactions mixtes avec les usagers (Mauer/NCCBH, 2003; Patterson et al., 1998). L'insatisfaction naît lorsque les prestataires de soins de santé mentale sont situés à l'extérieur du bureau principal et/ou dans des installations pauvres (Farrar et al., 2001). Les outils technologiques facilitent la collaboration; ceux-ci comprennent des dossiers médicaux électroniques, des systèmes de rappel et des ordinateurs de poche.

### Structures et systèmes

Les stratégies liées à des structures et à des systèmes représentent 42,7 pour cent des initiatives, soit le chiffre indiqué pour la stratégie la plus importante. Les composants des structures et systèmes de collaboration identifiés comme étant importants comprennent.

- Développer des partenariats clés avec les ressources communautaires;
- Posséder des structures flexibles qui satisfont les besoins de la communauté;
- Avoir des jours de planification ou des réunions d'équipe fixes;
- Fournir des orientations solides pour les nouveaux membres de l'équipe;
- Travailler en étroite collaboration avec les intervenants clés afin de s'assurer d'atteindre les objectifs des initiatives;
- Développer des stratégies de communication formelles;
- Avoir un coordonnateur qui joue des rôles et des responsabilités clairement définis; et
- Revoir l'entente de partenariat et renouveler l'engagement vis-à-vis du but, des objectifs et des méthodologies de prestation du service avec tous les intervenants clés

« Des structures accrues et des mentorats actifs ont été identifiés comme étant essentiels à une utilisation continue et efficace [de l'initiative] sur une base continue... »

Les *structures informelles* sont plus fréquentes dans les plus petites initiatives lorsque le débit de service est bas ou lorsqu'il y a moins de partenaires en soins de santé qui y participent. Elles sont aussi importantes lorsque les initiatives en sont à leur début et que les membres du personnel font face aux défis des activités quotidiennes. Une des clés du succès est d'identifier quand et comment les structures informelles doivent devenir des structures formelles afin d'améliorer les avenues de communication et d'orientation.

Le niveau de complexité des *systèmes* peut être considéré comme un continuum, bien qu'il ne s'agisse pas ici de suggérer que les systèmes plus complexes soient nécessairement mieux. Par exemple, les initiatives dans des emplacements situés dans le nord, qui sont isolées ou en campagne se fient souvent à des systèmes qui soutiennent la communication entre les partenaires en soins de santé dans une grande région géographique. Ce soutien peut comprendre l'utilisation des technologies de l'information telles que la télésanté mentale, la vidéoconférence, le courriel et les bases de données électroniques.

Tel que mentionné, 71 participants ont rapporté qu'ils menaient ou qu'ils avaient complété une forme d'évaluation formelle ou informelle du service ou du programme. Les évaluations étaient davantage menées d'une manière formelle par les participants recevant un financement à court terme (p. ex. projets pilotes ou de démonstration). Malheureusement, un total de 7,9 pour cent des participants ont signalé des obstacles liés aux évaluations. Par exemple, certains participants ont dit qu'ils avaient recueilli des données qui auraient pu être utilisées pour des évaluations formelles, mais qu'ils manquaient de financement, de temps et de ressources humaines requis pour compiler et évaluer les renseignements.

Cependant, les bienfaits liés aux évaluations ont clairement été indiqués par les participants (12,4 pour cent). Beaucoup d'entre eux ont utilisé des évaluations afin de mesurer les besoins actuels de leur communauté, d'évaluer combien et quelles ressources en particulier sont

### Technologies de l'information

De tous les participants, neuf pour cent ont rapporté des obstacles liés à la technologie. Les facteurs communs comprennent : faible niveau de connaissance pratique de la technologie utilisée afin de soutenir l'initiative, un manque de confiance en les technologies et un manque de financement pour accéder aux technologies de l'information et les mettre en œuvre.

Les initiatives qui ont été en mesure de mettre en œuvre l'utilisation des technologies de l'information rapportent que celles-ci les ont assistées dans leurs activités de collaboration. Les technologies de l'information ont été une stratégie que 10,1 pour cent des participants ont utilisée afin de surmonter certains des défis qu'ils ont rencontrés.

De tous les participants, 27 pour cent ont signalé qu'ils utilisaient des dossiers médicaux électroniques ou une base de données électronique, 13,5 pour cent utilisent certains types de technologie de la télésanté ou de la vidéoconférence et 5,6 pour cent utilisent les deux. Cinquante-six participants (62,9 pour cent) n'ont pas spécifié s'ils utilisaient une des ces technologies de l'information.

« [La] mise en place d'une « communauté de pratique » sur Internet utilisant le logiciel Share Point afin de soutenir la communication et la collaboration [était une des stratégies utilisées]. »

nécessaires à chaque emplacement et de fournir les preuves de l'efficacité des soins axés sur la collaboration. Les évaluations comprenaient souvent les mesures de satisfaction du prestataire/usager, de la qualité de vie et des différents résultats de l'utilisateur. Un des participants a déclaré « [Nous]... planifions de chasser activement le mythe [concernant les idées fausses quant à l'efficacité du modèle] de la capacité réduite [du débit] en utilisant notre évaluation et des preuves empiriques. »

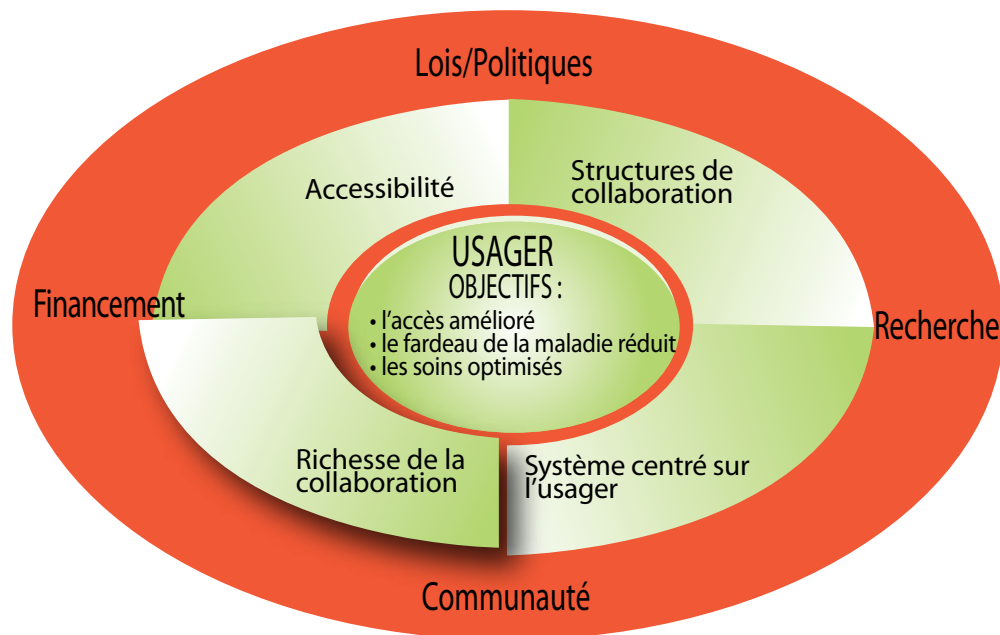
## MESSAGES CLÉS

### Structures de collaboration

- ↻ Les stratégies les plus couramment utilisées par les initiatives afin de surmonter les obstacles ou les défis auxquels elles ont fait face étaient liées aux structures et systèmes de collaboration.
- ↻ La plupart des initiatives ont un directeur, gestionnaire ou coordonnateur.
- ↻ L'utilisation des technologies de l'information pour supporter les initiatives de collaboration est une tendance grandissante.
- ↻ La majorité des initiatives mènent des évaluations formelles ou informelles ou l'ont fait par le passé.
- ↻ La valeur des évaluations du programme et du service ne devrait pas être ignorée ou sous-évaluée. Cependant, davantage d'orientation et de structures doivent être fournies de façon à ce que les évaluations puissent être utilisées pour déterminer et mettre en oeuvre les meilleures pratiques.

## La richesse de la collaboration : Améliorer les aptitudes des partenaires en soins de santé

Une caractéristique essentielle des soins efficaces de santé mentale axés sur la collaboration est la richesse de la collaboration qui existe et évolue entre les partenaires en soins de santé. Les caractéristiques marquantes de cet élément qui améliore la capacité des prestataires de soins de santé comprennent : l'échange de connaissances entre les prestataires, une approche interdisciplinaire des soins et une communication interdisciplinaire.



**Échange de connaissances** : possibilités pour les partenaires en soins de santé de se renseigner, d'apprendre ensemble, de partager des compétences et des expériences pratiques et d'informer les usagers des options de soins et de traitements sont essentielles afin de faciliter les échanges de connaissances et de compétences. L'échange de connaissances est indispensable si nous désirons développer la capacité des prestataires de soins de santé primaires à offrir des services en soins de santé mentale. Les initiatives de collaboration au Canada ont démontré de nombreuses manières de faciliter ce processus, ce qui comprend : des séances de sensibilisation interactives et des consultations mixtes formelles et informelles de même que du matériel didactique.

### Exemple d'initiative

**Échange de connaissances** : La clinique de médecine familiale Cowie en Nouvelle-Écosse fournit un environnement de formation universitaire aux résidents en médecine familiale et au personnel clinique (médecins de famille, infirmières et infirmiers, travailleuses et travailleurs sociaux et psychiatres). Le transfert de connaissances est amélioré par l'utilisation des dossiers électroniques des patients. Des tournées auxquelles tout le personnel des soins de santé mentale et primaires assiste ont lieu à toutes les semaines. Des discussions de cas entre le groupe des soins primaires et les travailleuses et travailleurs sociaux ont lieu à chaque mois et trois séances de réflexion sur les soins partagés se tiennent à chaque année.



Une **approche interdisciplinaire** des soins axés sur la collaboration signifie qu'un éventail de partenaires de soins de santé (p. ex. infirmières et infirmiers, travailleuses et travailleurs sociaux, diététistes, médecins de famille, psychologues, psychiatres, pharmaciens, ergothérapeutes, bénévoles offrant des services d'entraide) travaillent ensemble afin de fournir des soins. Les usagers, les familles et les aidants naturels font partie intégrante de l'équipe et, tout comme les prestataires de soins de santé primaires et mentale, ils ont besoin d'avoir des rôles clairement définis et de comprendre la contribution/le rôle de chaque partenaire de santé impliqué dans la collaboration.

La **communication** entre les partenaires de soins de santé est un composant clé des soins réussis de santé mentale axés sur la collaboration. Beaucoup de participants ont démontré que la communication interdisciplinaire est améliorée par l'entremise de communications écrites/électroniques, verbales et face à face. La communication formelle et informelle améliore la prestation des soins et est plus facilement réussie lorsque les collègues travaillent dans des environnements physiquement rapprochés l'un de l'autre.

#### *Discussion générale : Échange de connaissances*

Au niveau pratique, les soins axés sur la collaboration font des progrès rapides. Pour beaucoup de praticiens, apprendre les leçons sur la collaboration se fait dans leurs pratiques quotidiennes, plaçant ainsi les soins axés sur la collaboration à part des autres types de soins médicaux puisque les centres de formation médicale universitaire ne sont pas la plus grande source d'innovation en matière de soins. Cette distinction a des implications importantes pour la formation des futurs praticiens. Les éducateurs et les formateurs doivent être en relation étroite avec les programmes de collaboration pratiqués dans ce domaine afin

#### **Exemple d'initiative**

**Approche interdisciplinaire** : Les patients du programme de santé mentale axé sur la collaboration du Three Bridges Community Health Centre à Vancouver profitent de l'implication et du soutien des partenaires en soins de santé suivants : diététistes, médecins de famille, infirmières et infirmiers, ergothérapeutes, travailleuses et travailleurs sociaux, pharmaciens, psychiatres, psychologues, intervenants en toxicomanie, infirmières et infirmiers auxiliaires autorisé(e)s et quatre groupes d'entraide/d'intervention.

#### **Exemple d'initiative**

**Communication interdisciplinaire** : Le Winnipeg Regional Health Authority Shared Mental Health Care Program offre ses services à 10 cabinets privés différents et/ou aux cliniques des autres modes de paiement à Winnipeg, au Manitoba. La communication entre les médecins de famille, les conseillers (travailleuses et travailleurs sociaux ou psychologues), les infirmières et infirmiers et les psychiatres qui soutiennent le programme de soins partagés est facilitée par des réunions éducatives informelles et formelles. Les caractéristiques suivantes sont comprises dans le tableau des usagers : évaluation psychosociale, résumé d'une consultation psychiatrique et formulaire de fermeture des soins partagés.

de pouvoir transférer ces connaissances qui doivent être intégrées dans les programmes d'éducation (Blount, 1998; Patterson, 1998). De plus, les soins axés sur la collaboration franchissent les limites disciplinaires traditionnelles, créant ainsi le besoin pour les établissements universitaires de trouver des façons novatrices de former les étudiants en ce qui concerne les soins axés sur la collaboration. Une relation dynamique et proche est requise entre les institutions sur le terrain et les établissements universitaires responsables de préparer les étudiants au travail de collaboration. Ceux qui sont déjà dans le domaine ont besoin d'approches novatrices en matière d'éducation continue (p. ex. modèles basés sur la pratique, programmes basés sur Internet, aides simples à l'éducation — Kates, 2002) et de plus fréquentes occasions de partager des expériences et des témoignages ressortant à ce stade de la formation. Une telle éducation est un important levier permettant de répandre l'appui des soins axés sur la collaboration et d'assurer sa durabilité à long terme (Nolte et Tremblay, 2005).

Bien que l'éventail complet des compétences pour les soins de santé mentale axés sur la collaboration ne soit pas encore défini (Hoge, Tondora et Marrelli, 2004; Hoge et al., 2004), le besoin d'un travail d'équipe interdisciplinaire et de l'intégration des soins ont été reconnus comme étant essentiels au renouvellement des soins de santé primaires (Nolte et Tremblay, 2005).

Un but de *l'échange de connaissances* en soins de santé mentale axés sur la collaboration est de développer la capacité des prestataires de soins de santé primaires à offrir des services de santé mentale aux usagers. Bien que la méthode d'échange de connaissances et de compétences varie d'une initiative à une autre, la forme la plus fréquemment rapportée consiste en des sessions interactives (82 pour cent). Les sessions éducatives ou interactives formelles surviennent moins fréquemment, mais sur une plus grande échelle (p. ex. conférences, réunions de l'équipe

## Compétences

Une catégorie d'obstacles que les participants ont rapportés était liée aux compétences (20,2 pour cent). Les participants s'inquiétaient que les prestataires faisant partie de leur équipe n'aient pas les compétences nécessaires requises ou trouvaient que les prestataires manquaient de confiance en leurs capacités à gérer les diverses maladies mentales. Par exemple, un participant a affirmé que « *certain médecins sont, à la base, inconfortables en ce qui concerne le fait d'assumer leur rôle dans les soins d'entretien des patients ayant des troubles psychotiques.* »

Les stratégies liées à l'acquisition des compétences étaient une des solutions les plus fréquemment rapportées (23,6 pour cent). Par exemple, un participant a indiqué que « *par-dessus tout, la continuité du développement et de l'éducation professionnelle a été essentielle dans le surpassement des problèmes relatifs aux soins interdisciplinaires ainsi que dans l'amélioration des connaissances des problèmes de santé mentale et de l'impact sur la santé en général.* »

Certains participants ont trouvé que la formation professionnelle était assez importante pour eux pour y allouer des ressources de financement supplémentaires. En général, le développement des compétences semble être une solution importante utilisée afin d'aborder plusieurs des différents défis rencontrés par les participants, ce qui comprend la frustration causée par les technologies, le ralliement, les structures et systèmes de collaboration et le développement des équipes.

« *Pour aborder les problèmes relatifs à l'interprétation/application, un manuel et une orientation ont été conçus et distribués à tous les centres de santé communautaires ainsi qu'aux spécialistes de la santé mentale.* »



entière, séances de réflexion). Les sessions éducatives informelles sont plus fréquentes, mais dans des groupes plus petits (p. ex. réunions sur l'heure du dîner pendant lesquelles les sous-sections des équipes se rencontrent). Les consultations mixtes entre les

Les prestataires formant le plus souvent une équipe de collaboration comprennent les médecins de famille, les infirmières et infirmiers, les psychiatres et/ou les travailleuses et travailleurs sociaux.

prestataires de soins de santé primaires et mentale et l'usager sont aussi une méthode efficace pour améliorer le transfert des compétences, mais ont

toutefois été signalées moins souvent par les participants (12,4 pour cent). Vingt-sept pour cent des participants ont rapporté utiliser plus d'une méthode d'échange de connaissances ou de compétences.

L'échange de connaissances qui cible les usagers semble être concentré sur le développement des pratiques d'autonomie ou d'autogestion. Les prestataires travaillent avec les usagers afin de fixer des objectifs de traitement. De plus, les prestataires peuvent aussi offrir des occasions de formation par l'entremise de groupes de pairs ou de manuels pour que les usagers en apprennent davantage sur leur maladie mentale ainsi que sur la façon dont ils peuvent contribuer à la gestion de leur maladie. Les familles ou les aidants naturels peuvent recevoir du soutien semblable par un échange de connaissances centré sur

## Développement de l'équipe

Une autre catégorie d'obstacles que les participants ont rapportés est liée au développement de l'équipe (18 pour cent). Cet obstacle comprend les défis et les frustrations relatifs à l'évolution normale et aux caractéristiques des équipes, aux relations interpersonnelles, aux problèmes de rivalité professionnelle, aux malentendus et à toutes les autres frustrations basées sur un manque de coordination ou de rôles et responsabilités clairement définis.

Les solutions signalées concernant le développement de l'équipe étaient parmi les stratégies courantes utilisées par les participants afin d'aborder leurs défis (37,1 pour cent). Par exemple, un participant a rapporté que cela a « permis de créer un environnement au sein duquel le personnel sent qu'il peut être ouvert et honnête concernant ses inquiétudes liées aux efforts de collaboration. » Certaines des autres stratégies utilisées par les initiatives comprennent :

- Réunions avec tous les membres de l'équipe afin d'être au courant de leurs besoins;
- Communication fréquente et claire des attentes de tous les membres de l'équipe;
- Clarifier les rôles et les responsabilités;
- Sessions face à face afin d'améliorer la cohésion du groupe et le contact entre les membres de l'équipe;
- L'implication de tous les membres de l'équipe dans la planification et la mise en œuvre de l'initiative;
- Favoriser les interactions positives et un plus grand respect entre les membres de l'équipe;
- Offrir des orientations pour tous les nouveaux membres de l'équipe;
- Fournir l'occasion aux membres de l'équipe de faire part de leur rétroaction.

« Les problèmes qui arrivent souvent lorsqu'il y a de nombreuses spécialités impliquées dans un environnement d'apprentissage partagé sont la diffusion des rôles, le défi de conserver un objectif commun, le roulement de personnel [...] et le défi de travailler avec une multitude de spécialités professionnelles qui ont des points de vue uniques concernant les soins à l'usager. »

le développement de leur capacité à soutenir les usagers et/ou dans des groupes de soutien afin que les aidants naturels en apprennent davantage sur leur rôle dans le processus de rétablissement. Malheureusement, très peu de participants ont rapporté ces renseignements.

Le but d'une *approche interdisciplinaire* fournissant des soins de santé mentale axés sur la collaboration est d'avoir un éventail de prestataires de soins de santé travaillant de façon interdépendante afin de fournir des soins de santé mentale coordonnés et homogènes aux usagers. Cette approche offre aux prestataires l'occasion d'avoir une meilleure appréciation des compétences uniques de chacun des partenaires en soins de santé. Dans ce cas, il y a moins de chances de répétition des services et, finalement, cela permet d'offrir une approche plus complète et holistique des soins à l'utilisateur. Dans certaines initiatives, les programmes communautaires sont perçus comme le prolongement de l'âme de l'équipe de collaboration. Cependant, leur rôle tend à être moins formel et n'est pas aussi bien défini. Les prestataires qui font généralement partie de l'équipe de collaboration sont les médecins de famille (94,4 pour cent), les infirmières et les infirmiers (89,9 pour cent, dont 27 pour cent sont des infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés ou en santé mentale), des psychiatres (84,3 pour cent) et/ou des travailleuses et des travailleurs sociaux (62,9 pour cent). Cependant, un plus grand éventail de prestataires, d'utilisateurs, de familles et d'aidants naturels sont de plus en plus compris en tant que partie intégrante de l'équipe interdisciplinaire.

La *communication interdisciplinaire* améliore l'efficacité des services de collaboration. Certains des bienfaits de la communication interdisciplinaire comprennent une diminution des répétitions des services et davantage de procédures rationalisées pour l'utilisateur (c.-à-d. que l'utilisateur n'a pas à répéter son histoire plusieurs fois à des professionnels différents). La communication entre les partenaires en soins de santé diffère en contenu, en fréquence et en objet. Par exemple, la communication entre les prestataires de soins de santé primaires et mentale peut concerner un cas précis ou peut comprendre des informations sur le diagnostic et le traitement d'une maladie mentale courante. Les prestataires se rencontrent souvent, autant de façon formelle qu'informelle, afin d'échanger des renseignements pouvant améliorer la capacité des prestataires de soins de santé primaires à offrir les services appropriés de santé mentale. La communication entre les prestataires de soins de santé mentale et/ou primaires et les utilisateurs tend à être moins fréquente et se concentre souvent sur les plans de traitement ou sur les problèmes d'autonomie.

## MESSAGES CLÉS

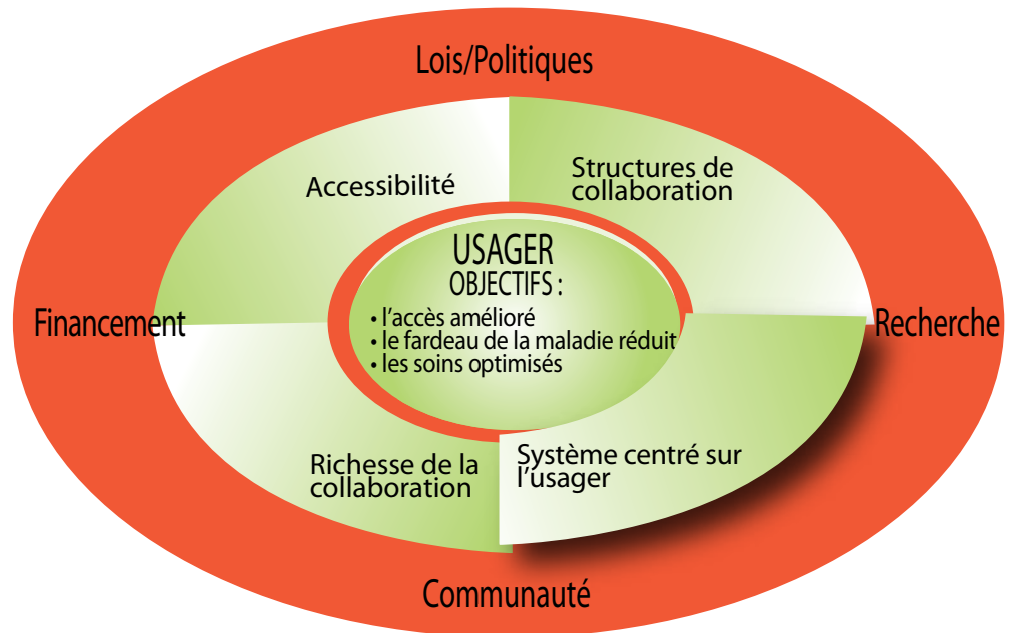
### Échange de connaissances

- ≈ La méthode la plus fréquente pour le transfert de connaissances et de compétences est l'utilisation des sessions interactives.
- ≈ Les prestataires qui font le plus souvent partie de l'équipe de collaboration sont les médecins de famille, les infirmières et les infirmiers, les psychiatres et les travailleuses et travailleurs sociaux. Il y a une tendance à inclure un plus grand éventail de prestataires de soins de santé mentale et primaires, d'utilisateurs, de familles et d'aidants naturels.
- ≈ Une des stratégies les plus courantes utilisées par les initiatives afin d'aborder les défis est le développement de l'équipe.

## Système centré sur l'utilisateur : Les usagers en tant que partenaires actifs

Les besoins des usagers sont au cœur des soins de santé mentale axés sur la collaboration. Le système centré sur l'utilisateur reflète l'implication active des usagers dans tous les aspects de leurs soins. Cela comprend leur implication dans le développement d'initiatives, le choix de leurs plans de traitement et la gestion de l'évaluation des initiatives. Cet élément clé reflète aussi les programmes ou les initiatives qui abordent les besoins de groupes précis et, en particulier, ceux qui sont moins bien desservis ou qui ont un besoin élevé en matière de soins de santé primaires et mentale.

**Les usagers en tant que partenaires actifs :** Un nombre croissant d'initiatives en soins de santé mentale axés sur la collaboration mettent l'accent sur le rôle actif des usagers, des familles et/ou des aidants naturels dans l'élaboration, la mise en œuvre et le soutien des initiatives de collaboration. Les exemples de système centré sur l'utilisateur comprennent l'implication dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de l'initiative, le soutien par les pairs, l'adaptation de la promotion de la santé et des interventions de traitement aux besoins uniques des usagers et la formation des usagers, des familles et des aidants naturels.



### Exemple d'initiative

**Usagers actifs :** Le programme Healthy Minds/ Healthy Children à Calgary, en Alberta, est soutenu par l'implication des parents et des jeunes au sein du comité directeur du réseau des parents du projet (c.-à-d. le Southern Alberta Child and Youth Health Network ou SACYHN). Les parents et les jeunes participent à la planification et à la prise de décisions pour le SACYHN, ce qui comprend la direction générale et la défense des droits pour le réseau. Le comité directeur établit des priorités et facilite leur mise en œuvre, détermine l'infrastructure du réseau et identifie les ressources nécessaires. Des intervenants, ce qui comprend des familles, sont impliqués et conçoivent des mécanismes de responsabilisation ainsi qu'un processus de supervision et d'évaluation des résultats.

### *Discussion générale : Le système centré sur l'utilisateur*

Le système centré sur l'utilisateur est basé sur l'idée que tous les usagers peuvent et devraient s'impliquer activement dans tous les aspects des soins de santé. Un mythe important concernant les usagers ayant une maladie mentale est qu'ils ont des besoins spéciaux causés par leur maladie, ce qui diminue leur capacité à participer activement à une « vie normale ». Selon le comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie (2004), les gens agissent souvent en fonction des croyances qui sont enracinées dans les systèmes de soins de santé, refusant ainsi à beaucoup d'utilisateurs l'accès aux soins de santé mentale selon les mêmes droits de la personne que les citoyens non touchés par la maladie mentale. Le National Association of State Mental Hygiene Program Directors, le National Technical Assistance Center (Deegan, 2005b) et d'autres impliqués dans le mouvement de la santé mentale des usagers affirment que toutes les personnes ont les mêmes besoins fondamentaux concernant la communauté, la camaraderie, le logement décent et abordable, le droit de choisir le cours de leur vie et les ressources pour satisfaire ces besoins. Les personnes ayant une maladie mentale sont capables de parler en leur nom, de participer à leur propre processus de soins de santé ainsi que de se représenter en tant qu'intervenant dans le système de santé. (Nolan et Badger, 2002).

Les soins axés sur la collaboration offrent à tous les participants l'occasion idéale de jouer un rôle. Cela permet aux prestataires d'être formés à travailler en équipe en plus de partager la responsabilité relative aux soins et à l'expertise. Cela donne une chance aux usagers d'être essentiels à la prise de

### **Stratégies**

Il a été difficile d'identifier des stratégies évidentes liées au système centré sur l'utilisateur. Plusieurs exemples généraux ont été identifiés :

*« Travailler fort afin de créer des relations avec les patients. »*

*« Les besoins ethno-culturels des usagers ont conduit au recrutement de prestataires de services de santé mentale ayant des compétences linguistiques propices pour l'utilisateur. »*

*« Avec la communauté autochtone, l'approche doit être respectueuse, on doit attendre d'être invité, être disponible et vraiment intéressé, entrer lorsque l'on est invité et ne refuser personne. »*

*« Puisque le contexte de la famille est important dans la vie d'un enfant, les médecins de famille ont besoin de savoir comment diriger les parents selon l'impact de la maladie mentale sur la famille et la façon dont la cellule familiale réagit. »*

*« ... [les membres de l'équipe de l'initiative] faisant partie de comités dans la communauté favorisent la prolongation et les possibilités de partenariats et d'opportunités de réseaux. »*

*« La promotion, auprès des médecins et des familles, d'une approche favorisant la santé en matière de soins aux enfants facilite l'acceptation et la possibilité d'avoir accès à un service de soins de santé mentale partagés. »*

*« Les participants au développement du projet vivent et travaillent dans la communauté; nous avons donc été en mesure de fournir un soutien répandu dans la communauté. Un solide comité directeur formé par des membres de la communauté nous a aidé à attirer l'attention de l'autorité sanitaire et de divers donateurs. »*



décisions concernant leurs soins, de profiter des soins interdisciplinaires et d'être capables d'évaluer la qualité des services qu'ils reçoivent (Nolte et Tremblay, 2005). Les usagers sont aussi capables de participer à la conception, à la mise en oeuvre et à la prestation des services de collaboration, de partager leur expertise liée à leur expérience de vie et de parler des réponses qui aident le plus leur processus de rétablissement personnel (p. ex. Mowbray et al., 1997; National Association of State Mental Hygiene Program Directors et le National Technical Assistance Center, 2005a).

Bien que d'impliquer les usagers en tant que partenaires actifs des soins de santé soit une tendance croissante dans les soins de santé mentale axés sur la collaboration, les initiatives à travers le Canada varient considérablement en ce qui concerne la mesure de l'implication des usagers des services de soins de santé mentale (ou de leur famille ou aidants naturels) dans leurs soins.

L'implication de l'utilisateur dans les soins axés sur la collaboration est difficile à évaluer, à moins que des questions précises et pointues ne soient posées en ce qui concerne tous les aspects potentiels du système centré sur l'utilisateur. Beaucoup de

participants n'expriment pas de façon explicite les nombreuses façons dont les usagers sont impliqués lorsqu'on leur demande de fournir une description de leurs activités de collaboration. Lors des entrevues téléphoniques, ces renseignements étaient plus évidents. Par exemple, beaucoup de participants ont répondu que leurs usagers sont impliqués de façon active dans la conception de leurs plans de traitement, soit l'aspect le plus courant et évident dans les initiatives concernant le système centré sur l'utilisateur. Cependant, il était peu probable que cette information soit mentionnée dans la description de l'initiative puisque la plupart des participants ont suggéré que c'est pratique courante et que « tout le monde doit seulement savoir ce qui doit être fait ».

En général, plusieurs thèmes principaux résument l'implication des usagers dans les soins de santé mentale axés sur la collaboration. Les usagers sont activement impliqués dans la conception des plans de leur traitement. L'implication de l'utilisateur, de la famille et de l'aidant naturel tend à être considérée après que l'initiative ait été développée. Par exemple, peu d'initiatives ont été en mesure (ou ont décidé) d'inclure les usagers pendant la phase de développement. Cependant, plus d'initiatives

### Obstacles

Il a été difficile d'identifier les obstacles précisément liés au système centré sur l'utilisateur parce qu'il y en a si peu et souvent parce qu'ils sont davantage liés à d'autres obstacles, les rendant ainsi obscurs. Plusieurs exemples généraux ont été identifiés :

*« Convaincre les parents/gardiens que les efforts d'intervention actuels vont avoir un impact davantage positif dans le développement de l'enfant et que cela ne signifie pas que le bien-être de l'enfant sera compromis [a été un défi]. »*

*« Les stigmates et l'âgisme [ont été des obstacles courants]. »*

*« Certains usagers stables qui utilisent un minimum de services d'équipe sont réticents à prendre part [à l'initiative] puisqu'ils seront libérés [des initiatives]. »*

*« Développer des relations respectueuses avec la communauté autochtone impliquant les aînés, un(e) infirmier(ère) de la santé publique, quatre bandes, des travailleurs à l'intervention d'urgence, des familles... etc. [a été un obstacle rencontré par des participants]. »*

utilisent la rétroaction de l'utilisateur afin d'apporter des modifications aux activités de collaboration, ce qui se fait en allant chercher l'information à l'aide de questionnaires, de groupes de discussion ou d'évaluations des besoins.

De plus, il est plus probable que les usagers soient impliqués quand il y a une possibilité de changement, c'est-à-dire que les initiatives chercheront l'implication de l'utilisateur lorsqu'un financement est disponible pour améliorer ou développer l'initiative de collaboration. Si le financement pour du changement ou une évaluation n'est pas disponible, il est moins probable que les participants demandent la rétroaction de l'utilisateur.

Peu d'initiatives ont un usager, une famille ou un aidant naturel représenté au sein de l'équipe de gestion, du comité directeur et/ou du groupe consultatif. Il n'est pas tout à fait clair à savoir pourquoi cette tendance existe. Une plus grande attention doit être dirigée sur la découverte des obstacles à l'implication des usagers, des familles et/ou des aidants naturels dans cet aspect du système centré sur l'utilisateur. Finalement, beaucoup de participants ont explicitement indiqué qu'ils concevaient leurs services de collaboration afin de satisfaire les besoins des populations particulières. Quarante-huit pour cent ont rapporté qu'ils desservaient une population particulière et 71,9 pour cent ont rapporté qu'ils en desservaient au moins deux.

## MESSAGES CLÉS

### Le système centré sur l'utilisateur

- Les usagers, les familles et les aidants naturels commencent à être reconnus comme des membres importants de l'équipe de collaboration. Ils sont plus impliqués dans tous les aspects du développement, de la mise en œuvre, de l'évaluation et de la gestion des initiatives de collaboration.
- Les personnes-ressources pour les initiatives doivent se faire demander de façon explicite des questions concernant l'implication des usagers, des familles et des aidants naturels afin d'évaluer correctement le degré d'implication de ces personnes dans les activités de l'initiative.
- La majorité des initiatives en soins de santé mentale axés sur la collaboration desservent au moins une population particulière.





# CONCLUSION

Les participants qui ont fourni les descriptions précieuses des initiatives utilisées dans le Volume I de ce rapport continuent de travailler extrêmement fort afin d'améliorer la qualité et l'efficacité de leurs services. Grâce à leurs réponses, plusieurs messages clés peuvent être discernés.

Au niveau macro, plusieurs défis existent toujours en ce qui concerne les politiques, les lois, les règles de financement et les fonds. Les participants continuent de défendre leurs droits en ce qui a trait aux politiques et aux lois afin que celles-ci soutiennent les activités de collaboration. De plus, les règles de financement et les stratégies de rémunération ne doivent pas seulement être en accord avec les objectifs des soins de santé mentale axés sur la collaboration; elles doivent aussi fournir des incitatifs pour que les prestataires de soins de santé mentale et primaires s'engagent dans des activités de collaboration.

En outre, il y a un plus grand accent mis sur l'identification et la mise en oeuvre de meilleures pratiques qui prennent en considération les besoins uniques des communautés. Il est essentiel d'encourager les évaluations du programme ou du service et que celles-ci soient menées de façon à permettre aux données d'être utilisées afin d'identifier de meilleures pratiques. Bien que 79,8 pour cent des participants rapportent qu'ils mènent des évaluations, plus d'encadrement est nécessaire afin d'améliorer l'utilité des données qui en ressortent. Des recherches et des évaluations peuvent aider à évaluer et à démontrer la qualité, l'efficacité et l'importance des activités de soins de santé mentale axés sur la collaboration.

À quoi ressemblent les initiatives en soins de santé mentale axés sur la collaboration à travers le Canada? Bien qu'il soit clair qu'il n'y a pas deux initiatives qui fonctionnent exactement de la même façon, plusieurs thèmes, tendances et caractéristiques importants sont évidents et sont décrits de façon détaillée dans le Volume I.

Chaque initiative tente d'aborder les besoins uniques de leur communauté tout en gérant les ressources disponibles auxquelles elle a accès. Quant à l'accessibilité, il est plus probable que les initiatives utilisent une combinaison d'approches directe et indirecte afin de fournir leurs services, ce qui signifie que les prestataires de soins de santé mentale et primaires offrent des services de santé dans un contexte de soins de santé primaires. Cela veut aussi dire que les initiatives utilisent la plupart des bienfaits disponibles de chaque approche et qu'elles les adaptent aux besoins uniques de leurs usagers.

Les structures et les systèmes de collaboration forment les composantes de base des soins de santé mentale axés sur la collaboration. Les données sont ce qu'il y a de plus clair en ce qui concerne l'utilisation de stratégies relatives aux structures de collaboration; c'est la méthode la plus fréquemment utilisée par les initiatives pour surmonter les obstacles et les défis.

La richesse de la collaboration entre les partenaires de santé est définitivement en croissance. Bien que les médecins de famille, les psychiatres, les travailleuses et les travailleurs sociaux ainsi que les infirmières et les infirmiers soient les prestataires les plus fréquents au sein des équipes de collaboration, il existe néanmoins une tendance grandissante à élargir l'éventail des prestataires. La création d'un ralliement de la part des prestataires et des usagers peut présenter un obstacle important à la mise en oeuvre et au soutien des activités de collaboration. Des stratégies liées à la

défense des droits, aux stratégies de rémunération et au développement de l'équipe ont été utilisées de façon réussie afin d'améliorer le ralliement.

Les objectifs des usagers qui sont d'améliorer l'accès aux services ainsi que les résultats et de diminuer le fardeau de la maladie sont la base des soins de santé mentale axés sur la collaboration. Par conséquent, les usagers doivent être considérés en tant que membres précieux de l'équipe de collaboration et y tenir des rôles et des responsabilités clairement définis, tout comme les autres membres de l'équipe. À la longue, les usagers ont besoin d'être impliqués dans tous les aspects de l'initiative, soit de la phase de développement à l'étape essentielle de l'évaluation en passant par la mise en œuvre.

Il est devenu évident que *tous* les partenaires de soins de santé considèrent comme étant importante l'intégration des soins de santé mentale dans les soins de santé primaires. Leur engagement à fournir aux Canadiennes et aux Canadiens les meilleurs soins de santé mentale possibles est aussi démontré par la création de l'ICCSM et de ses activités. Avec l'identification continue de meilleures pratiques, la création de politiques, de lois, de règles de financement et de fonds de soutien, le développement de trousseaux d'outils et la création de ressources complètes telles que ce rapport, les partenaires en soins de santé seront équipés afin de fournir aux Canadiennes et aux Canadiens les soins de santé mentale qu'ils veulent et dont ils ont besoin.

# RÉFÉRENCES

- Barrett JE, Barrett JA, Oxman TE, Gerber PD. The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice. *Arch Gen Psychiatry*. Décembre 1988; 45(12): 1100-6. <PubMed>
- Bland RC, Newman SC, Orn H. Period prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1988; 338: 33-42. <PubMed>
- Blount A. Introduction to integrated primary care. Dans : Blount A, directeur. *Integrated primary care: the future of medical and mental health collaboration*. New York: Norton; 1998. p. 1-43.
- Blount A. Integrated primary care: organizing the evidence. *Families, Systems & Health*. Été 2003; 21(2): 121-33.
- Bosco C. Ressources humaines dans le domaine de la santé en soins de santé mentales axés sur la collaboration. Mississauga, ON: Initiative canadienne de collaboration en santé mentale; Septembre 2005. Disponible au : <http://www.iccsm.ca>
- Burley J. Initiating and developing a shared care relationship in your community. *CPA Bulletin de L'APC*. Avril 2003; 35(2): 34-6. Disponible au : <http://www.cpa-apc.org/Publications/Archives/Bulletin/2003/april/burley.asp>
- Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie. *Mental health, mental illness and addiction: overview of policies and programs in Canada (Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Aperçu des politiques et des programmes au Canada)*. Rapport provisoire. Rapport 1. Ottawa : Gouvernement du Canada; Novembre 2004. (Président : Michael J.L. Kirby). Disponible au : <http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/SOCI-F/rep-f/report1/repintnov04vol1-f.pdf>
- 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.
- Dea RA. The integration of primary care and behavioral healthcare in northern California Kaiser-Permanente. *Psychiatr Q*. Printemps 2000; 71(1): 17-29. <PubMed>
- deGruy FV 3rd. The primary care provider's view. *New Dir Ment Health Serv*. Printemps 1999; (81): 33-9. <PubMed>
- Dewa CS, Hoch JS, Goering P. Using financial incentives to promote shared mental health care. *Can J Psychiatry*. Août 2001; 46(6): 488-95. <PubMed>
- Druss BG. The mental health/primary care interface in the United States: history, structure, and context. *Gen Hosp Psychiatry*. Juillet-août 2002; 24(4): 197-202. <PubMed>
- Farrar S, Kates N, Crustolo AM, Nikolaou L. Integrated model for mental health care. Are health care providers satisfied with it? *Can Fam Physician*. Décembre 2001; 47: 2483-8. <PubMed>  
Disponible au : [http://www.cfpc.ca/cfp/2001/Dec/\\_pdf/vol47-dec-research-1.pdf](http://www.cfpc.ca/cfp/2001/Dec/_pdf/vol47-dec-research-1.pdf)
- Gagné MA. 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. Mississauga, ON: Initiative canadienne de collaboration en santé mentale; Juin 2005. Disponible au : <http://www.iccsm.ca>
- Gask L, Rogers A. Bridging the gap: mapping a new generation of primary mental health care research [éditorial]. *Journal of Mental Health*. Novembre 1998; 7(6): 539-41.
- Grazier KL, Hegedus AM, Carli T, Neal D, Reynolds K. Integration of behavioral and physical health care for a medicaid population through a public-public partnership. *Psychiatr Serv*. Novembre 2003; 54(11): 1508-12. <PubMed> Disponible au : <http://ps.psychiatryonline.org/cgi/content/full/54/11/1508>

- Griffith JL. The importance of nondichotomized thinking. In: Blount A, editor. *Integrated primary care: the future of medical and mental health collaboration*. New York: Norton; 1998. p. 44-62.
- Henry GT. *Practical sampling*. Newbury Park: Sage Publications; 1990.
- Herrman H, Trauer T, Warnock J; 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*. Février 2002; 36(1): 75-80. <PubMed>
- Hickie I, Groom G. Primary care-led mental health service reform: an outline of the Better Outcomes in Mental Health Care initiative. *Australas Psychiatry*. Décembre 2002; 10(4): 376-82. <Abstract>
- Hoge MA, Paris M Jr, Adger H Jr, Collins FL Jr, Finn CV, Fricks L, Gill KJ, Haber J, Hansen M, Ida DJ, Kaplan L, Northey WF Jr, O'Connell MJ, Rosen AL, Taintor Z, Tondora J, Young AS. Workforce competencies in behavioral health: an overview. *Adm Policy Ment Health*. Mai-Juillet 2005a; 32(5-6): 593-631. <PubMed>
- Hoge MA, Tondora J, Marrelli AF. The fundamentals of workforce competency: implications for behavioral health. *Adm Policy Ment Health*. Mai-Juillet 2005b; 32(5-6): 509-31. <PubMed>
- Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academies Press; 2001.  
Disponible au : <http://www.nap.edu/openbook/0309072808/html/index.html>
- Jenkins R. Mental health and primary care-implications for policy. *International Review of Psychiatry*. Mai 1998; 10(2): 158-60.
- Jenkins R, Strathdee G. The integration of mental health care with primary care. *Int J Law Psychiatry*. Mai-août 2000; 23(3-4): 277-91. <PubMed>
- Kasman N, Hay H. 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 [document de travail]. Mississauga, Ont.: Initiative canadienne de collaboration en santé mentale.
- Kates N. Les soins partagés en santé mentale. La voie à suivre [éditorial] *Can Fam Physician*. Mai 2002; 48: 853-5, 859-61. <PubMed> Disponible au : [http://www.cfpc.ca/cfp/2002/May/vol48-may-editorials-1\\_fr.asp](http://www.cfpc.ca/cfp/2002/May/vol48-may-editorials-1_fr.asp)
- Kates N, Ackerman S, Crustolo AM, Mach M. Collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires : Une trousse d'outils sur la planification et la mise en oeuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs. Mississauga, ON: Initiative canadienne de collaboration en santé mentale; Sous presse en 2005. Disponible au : <http://www.iccsm.ca>
- Kates N, Ackerman S, directeurs. *Les soins de santé mentale au Canada : Un recueil des projets en cours*. Ottawa : Association des psychiatres du Canada; Mississauga, Ontario, Canada : Le Collège des médecins de famille du Canada, Collaborative Working Group on Shared Mental Health Care; Printemps 2002. Disponible au : <http://www.shared-care.ca/pdf/compendium.pdf>
- Katon WJ. The Institute of Medicine "Chasm" report: implications for depression collaborative care models. *Gen Hosp Psychiatry*. Juillet-août 2003; 25(4): 222-9. <PubMed>
- Korda H. Stakeholders speak – integrating behavioral health and primary care for treatment of depression: a scan of stakeholder experts. Soumis au Office of Managed Care, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services. Rockville, MD: National Council for Community Behavioral Healthcare; [Juin 2002]. Disponible au : <http://www.nccbh.org/who/industry/Primary%20Care%20Intergration/pci-stakeholder.htm>

- Lesage A., Vasiliadis HM., Gagné MA, Dudgeon S., Kasman N., Hay H. 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. Mississauga, ON: Initiative canadienne de collaboration en santé mentale; janvier 2006.
- Lester H, Glasby J, Tylee A. Integrated primary mental health care: threat or opportunity in the new NHS? *Br J Gen Pract.* Avril 2004; 54(501): 285-91. <PubMed>
- Lipkin M Jr. Psychiatry and primary care: two cultures divided by a common cause. *New Dir Ment Health Serv.* Printemps 1999; (81): 7-15. <PubMed>
- Martin CM. Préconiser la transdisciplinarité. *Can Fam Physician.* Juillet 2003; 49: 905-8. <PubMed>  
Disponible au : [http://www.cfpc.ca/cfp/2003/Jul/vol49-jul-resources-3\\_fr.asp](http://www.cfpc.ca/cfp/2003/Jul/vol49-jul-resources-3_fr.asp)
- Mauer BJ; National Council for Community Behavioral Healthcare. Background paper: behavioral health/primary care integration models, competencies, and infrastructure. Rockville, MD: NCCBH; Mai 2003. Disponible au : <http://www.nccbh.org/SERVICE/consult/consult-pdf/PrimaryCareDiscPaper.pdf>
- McVicar J, Deacon D, Curran V, Cornish P. Initiatives de formation interprofessionnelle en soins de santé mentale axés sur la collaboration. Mississauga, ON: Initiative canadienne de collaboration en santé mentale; Août 2005. Disponible au : <http://www.iccsm.ca>
- Mowbray CT, Moxley DP, Jasper CA, Howell LL, editors. Consumers as providers in psychiatric rehabilitation. Columbia, MD: International Association of Psychosocial Rehabilitation Services; 1997.
- National Association of State Mental Hygiene Program Directors and the National Technical Assistance Center. Implementing recovery-based care: tangible guidance for SMHAs. Alexandria, VA: National Association of State Mental Health Program Directors; 2005a.  
Disponible au : [http://www.nasmhpd.org/spec\\_e-report\\_fall04intro.cfm](http://www.nasmhpd.org/spec_e-report_fall04intro.cfm)
- National Association of State Mental Hygiene Program Directors and the National Technical Assistance Center. Expert panel discusses workforce issues in the face of a recovery-based care transformation. Alexandria, VA: National Association of State Mental Health Program Directors; 2005b.  
Disponible au : [http://www.nasmhpd.org/spec\\_e-report\\_fall04intro.cfm](http://www.nasmhpd.org/spec_e-report_fall04intro.cfm)
- Nolan P, Badger F. In search of collaboration and partnership. Dans : Nolan P, Badger F, editors. Promoting collaboration in primary mental health care. Cheltenham: Nelson Thornes; 2002. p. 3-19.
- Nolte N, Tremblay M. Enhancing Interdisciplinary Collaboration in Primary Health Care Initiative. Enhancing interdisciplinary collaboration in primary health care in Canada. Ottawa: Enhancing Interdisciplinary Collaboration in Primary Health Care Initiative; 2005.  
Disponible au : <http://www.eicp-acis.ca/en/resources/pdfs/Enhancing-Interdisciplinary-Collaboration-in-Primary-Health-Care-in-Canada.pdf>
- Offord DR, Boyle MH, Campbell D, Goering P, Lin E, Wong M, Racine YA. One-year prevalence of psychiatric disorder in Ontarians 15 to 64 years of age. *Can J Psychiatry.* 1996 Nov;41(9):559-63. <PubMed>
- Organisation mondiale de la santé. World health report 2001: mental health: new understanding, new hope. Genève: OMS; 2001. Disponible au :  
<http://www.who.int/whr/2001/en/index.html> OU [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf)
- Organisation mondiale de la santé. Mental Health Atlas — 2005 [database]. Genève: OMS; 2005.  
Disponible au : [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/index.htm](http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/index.htm)
- Organisation mondiale de la santé. Investing in mental health. Genève : OMS; 2003.  
Disponible au : [http://www.who.int/mental\\_health/media/investing\\_mnh.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/investing_mnh.pdf)



- Patterson J, Bischoff RJ, McIntosh-Koontz L. Training issues in integrated care. Dans : Blount A, directeur. *Integrated primary care: the future of medical and mental health collaboration*. New York: Norton; 1998. p. 261-84.
- Pautler K, Gagné MA. Bibliographie annotée des soins de santé mentale axés sur la collaboration. Mississauga, ON: Initiative canadienne de collaboration en santé mentale; Septembre 2005. Disponible au : <http://www.iccsm.ca>
- Pauzé E, Gagné MA. Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires : Un examen des initiatives canadiennes. Volume II: Guide des ressources. Mississauga, ON: Initiative canadienne de collaboration en santé mentale; Décembre 2005. Disponible au : <http://www.iccsm.ca>
- Pawlenko N. Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires au Canada : Un examen des politiques. Mississauga, ON: Initiative canadienne de collaboration en santé mentale; Juin 2005. Disponible au : <http://www.iccsm.ca>
- Peek CJ, Heinrich RL. Integrating primary care and mental health in a health care organization: from pilot to mainstream. Dans : Blount A, directeur. *Integrated primary care: the future of medical and mental health collaboration*. New York: Norton; 1998. p. 167-202.
- Quirk MP, Simon G, Todd J, Horst T, Crosier M, Ekorenrud B, Goepfert R, Baker N, Steinfeld B, Rosenberg M, Strosahl K. A look to the past, directions for the future. *Psychiatr Q*. Printemps 2000; 71(1): 79-95. <PubMed>
- Romanow RJ, Marchildon GP. Les services de psychologie et l'avenir des soins de santé au Canada. *Psychologie canadienne*. Novembre 2003; 44(4): 283-95.
- Santé Canada. Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Aperçu des politiques et des programmes au Canada. Rapport sur les maladies mentales au Canada. Ottawa : Santé Canada; Octobre 2002. Disponible au : [http://www.cmha.ca/data/1/rec\\_docs/233\\_rapport.pdf](http://www.cmha.ca/data/1/rec_docs/233_rapport.pdf)
- Saxena S, Maulik PK, O'Connell K, Saraceno B. Mental health care in primary and community settings: results from WHO's Project Atlas [éditorial]. *Int J Soc Psychiatry*. Juin 2002; 48(2): 83-5. <PubMed>
- Stephens T, Joubert N. The economic burden of mental health problems in Canada. *Chronic Dis Can*. 2001;22(1):18-23. <PubMed>
- Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. *Br J Psychiatry*. Octobre 2004; 185: 283-90. <PubMed> Disponible au : <http://bjp.rcpsych.org/cgi/content/full/185/4/283>
- 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: 30 nov. 2000 – 1er déc; Atlanta, Géorgie. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General; 2001. Disponible au : <http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealthservices/mentalhealthservices.PDF>
- Valianti LC. Small project reveals large cultural barriers to integrated care. *Behav Healthc Tomorrow*. Avril 2004; 13(2): 19-23. <PubMed>

# annexeA

## Outils pour la collecte de données

- A1. Lettre au répondant clé**
- A2. Lettre à la personne-ressource**
- A3. Sondage**
- A4. Lettre révisée de demande d'information**
- A5. Guide de l'entrevue téléphonique**
- A6. Formulaire de consentement**



# annexeA

## Outils pour la collecte de données

### A1. Lettre au répondant clé



Canadian  
Collaborative  
Mental Health  
Initiative

Initiative  
canadienne de  
collaboration en  
santé mentale

Cher collègues,

*Nous sollicitons votre aide pour produire une ressource fort importante qui a pour but de contribuer à renforcer les soins de santé mentale interdisciplinaires axés sur la collaboration au Canada.*

**Financé par le projet du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de Santé Canada, le Consortium canadien pour les soins de santé mentale axés sur la collaboration** est composé de douze organismes nationaux représentant des services communautaires, des usagers, des familles et des groupes d'entraide, des diététistes, des médecins de famille, des infirmiers, des ergothérapeutes, des pharmaciens, des psychiatres, des psychologues et des travailleurs sociaux de partout au Canada. Le Consortium collabore à améliorer la collaboration entre les prestataires de soins de santé, les usagers, leurs familles et leurs collectivités. Pour de plus amples renseignements, référez-vous au <http://www.shared-care.ca/consortium.shtml>.

Notre vision partagée est celle d'un pays où les usagers reçoivent les services les plus appropriés du prestataire de soins de santé qui convient le mieux et ce, lorsqu'ils en ont besoin, à un endroit qui est accessible et avec le moins d'obstacles possible. Ensemble, les partenaires élaboreront une charte pour définir leurs relations et des stratégies pour soutenir la collaboration entre les prestataires de soins de santé individuels, les usagers et les services à la collectivité/ sociaux.

Une des **activités principales** est l'élaboration d'un *Examen des initiatives en soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires* (titre provisoire) qui démontre la réussite des soins de santé mentale interdisciplinaires axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires. Cette ressource a pour but de démontrer le « nec plus ultra » des soins de santé axés sur la collaboration et de fournir un outil pour aider d'autres personnes à développer leur propre initiative. L'Examen se basera sur le Compendium préparé en 2002 par le Groupe de travail conjoint sur les soins de santé mentale partagés et l'augmentera (pour consulter un exemplaire, référez-vous au <http://www.shared-care.ca/pdf/compendium.pdf>). Dans cet Examen, nous indiquerons la gamme complète des professionnels de la santé, des usagers et des prestataires impliqués dans les soins de santé mentale.

**Nous sollicitons votre aide pour identifier la personne-ressource d'initiatives canadiennes ou internationales**, qui devraient être incluses dans l'édition 2005 de l'*Examen des initiatives en soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires*. **Veillez transmettre le nom de la personne-ressource, un numéro de téléphone et/ou courriel ainsi que l'emplacement de l'initiative à Marie-Anik Gagné, Gestionnaire de projet, au plus tard le vendredi 24 septembre 2004 : télécopieur (905) 629-0893 ou courriel [mag@cfpc.ca](mailto:mag@cfpc.ca). Veillez transmettre cette demande à toute personne intéressée.**

Pour toute question ou commentaire à propos de cette initiative ou sur la Consortium canadien, veuillez communiquer avec Marie-Anik Gagné, Gestionnaire de projet, au [mag@cfpc.ca](mailto:mag@cfpc.ca) ou (905) 629-0900, poste 209.

**Je vous remercie à l'avance de votre collaboration à ce travail important**, et vous prie de recevoir mes salutations les meilleures.

Scott Dudgeon  
Directeur général  
Initiative canadienne de collaboration en santé mentale

Le Collège des médecins de famille du Canada  
2630, avenue Skymark  
Mississauga, Ont.  
L4W 5A4  
Tél. : (905) 629-0900, Téléc. : (905) 629-0893

# annexeA

## Outils pour la collecte de données

### A2. Lettre à la personne-ressource



Canadian  
Collaborative  
Mental Health  
Initiative

Initiative  
canadienne de  
collaboration en  
santé mentale

Cher collègues,

*Nous sollicitons votre aide pour produire une ressource fort importante qui a pour but de contribuer à renforcer les soins de santé mentale interdisciplinaires axés sur la collaboration au Canada.*

Financé par le projet du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de Santé Canada, le Consortium canadien pour les soins de santé mentale axés sur la collaboration est composé de douze organismes nationaux représentant des services communautaires, des usagers, des familles et des groupes d'entraide, des diététistes, des médecins de famille, des infirmiers, des ergothérapeutes, des pharmaciens, des psychiatres, des psychologues et des travailleurs sociaux de partout au Canada. Le Consortium collabore à améliorer la santé mentale et le bien-être des Canadiens en renforçant les relations et en améliorant la collaboration entre les prestataires de soins de santé, les usagers, leurs familles et leurs collectivités. Pour de plus amples renseignements, référez-vous au <http://www.shared-care.ca/consortium.shtml>.

Notre vision partagée est celle d'un pays où les usagers reçoivent les services les plus appropriés du prestataire de soins de santé qui convient le mieux et ce, lorsqu'ils en ont besoin, à un endroit qui est accessible et avec le moins d'obstacles possible. Ensemble, les partenaires élaboreront une charte pour définir leurs relations et des stratégies pour soutenir la collaboration entre les prestataires de soins de santé individuels, les usagers et les services à la collectivité/sociaux.

Une des **activités principales** est l'**élaboration d'un Examen des initiatives en soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires** (titre provisoire) qui démontre la réussite des soins de santé mentale interdisciplinaires axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires. Cette ressource a pour but de démontrer le « nec plus ultra » des soins de santé axés sur la collaboration et de fournir un outil pour aider d'autres personnes à développer leur propre initiative. L'Examen se basera sur le Compendium préparé en 2002 par le Groupe de travail conjoint sur les soins de santé mentale partagés, l'augmentera et inclura des usagers, familles, groupes d'entraide, diététistes, médecins de famille, infirmiers, ergothérapeutes, pharmaciens, psychiatres, psychologues et travailleurs sociaux (pour consulter un exemplaire, référez-vous au <http://www.shared-care.ca/pdf/compendium.pdf>).

Vous trouverez ci-dessous un **court sondage** qui garantira que votre initiative sera incluse dans *l'Examen des initiatives en soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires*, qui sera publié en 2005. On peut répondre au sondage de deux façons :

1. par courriel (c.-à-d. en répondant à même le courriel et en le retournant à l'expéditeur)
2. dans un document Word qui peut être téléchargé, rempli par traitement de texte et expédié par courriel ou par télécopieur au (905) 926-0893.

Pour toute question ou commentaire concernant le sondage, communiquez avec Marie-Anik Gagné, gestionnaire de projet, au [mag@cfpc.ca](mailto:mag@cfpc.ca) ou au (905) 629-0900, poste. 209.

**Nous apprécions grandement votre aide en remplissant ce sondage et en le retournant au plus tard le 22 octobre 2004.** *L'Examen des initiatives en soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires* ne sera pas seulement un dossier important sur l'état des soins de santé mentale interdisciplinaires, mais aussi une ressource inestimable pour ceux qui espèrent améliorer les soins de santé mentale au Canada par l'amélioration de la collaboration.

Salutations sincères,

**Marie-Anik Gagné, Ph.D.**

Gestionnaire de projet

Le Collège des médecins de famille du Canada

2630, avenue Skymark

Mississauga, Ont.

L4W 5A4

Tél: (905) 629-0900 poste 209, Téléc. : (905) 629-0893

# annexeA

## Outils pour la collecte de données

### A3. Sondage



Canadian  
Collaborative  
Mental Health  
Initiative

Initiative  
canadienne de  
collaboration en  
santé mentale

### EXAMEN DE 2005 DES INITIATIVES DE SOINS DE SANTÉ MENTALE AXÉS SUR LA COLLABORATION DANS LE CONTEXTE DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES QUESTIONS DU SONDAGE

<b>Titre du projet / programme:</b>												
<b>Organisme (s) partenaires (s) :</b>												
Autre organismes ou individus participants :												
<b>État actuel :</b> en cours, terminé, abandonné (date du commencement, date de la fin)												
<b>Financement - Source et durée :</b>												
Identifier la personne ou l'organisme responsable de la réglementation du financement :												
<b>Justification :</b>												
<b>Objectifs :</b>												
<b>Description :</b>												
<p>Parmi les clientèles suivantes, lesquelles desservez-vous principalement ? Veuillez cocher toutes les réponses applicables.</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="radio"/> les sans-abri et les itinérants</td> <td><input type="radio"/> les populations nordiques/isolées</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> les personnes souffrant de troubles concomitants</td> <td><input type="radio"/> les populations rurales</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> les enfants et les jeunes</td> <td><input type="radio"/> les populations urbaines</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> les personnes âgées/gériatrie</td> <td><input type="radio"/> les personnes souffrant de troubles particuliers (p.ex.dépression)</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> les Autochtones</td> <td><input type="radio"/> les personnes souffrant d'une maladie grave</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> les groupes ethnoculturels</td> <td><input type="radio"/> Autre, veuillez décrire :</td> </tr> </table>	<input type="radio"/> les sans-abri et les itinérants	<input type="radio"/> les populations nordiques/isolées	<input type="radio"/> les personnes souffrant de troubles concomitants	<input type="radio"/> les populations rurales	<input type="radio"/> les enfants et les jeunes	<input type="radio"/> les populations urbaines	<input type="radio"/> les personnes âgées/gériatrie	<input type="radio"/> les personnes souffrant de troubles particuliers (p.ex.dépression)	<input type="radio"/> les Autochtones	<input type="radio"/> les personnes souffrant d'une maladie grave	<input type="radio"/> les groupes ethnoculturels	<input type="radio"/> Autre, veuillez décrire :
<input type="radio"/> les sans-abri et les itinérants	<input type="radio"/> les populations nordiques/isolées											
<input type="radio"/> les personnes souffrant de troubles concomitants	<input type="radio"/> les populations rurales											
<input type="radio"/> les enfants et les jeunes	<input type="radio"/> les populations urbaines											
<input type="radio"/> les personnes âgées/gériatrie	<input type="radio"/> les personnes souffrant de troubles particuliers (p.ex.dépression)											
<input type="radio"/> les Autochtones	<input type="radio"/> les personnes souffrant d'une maladie grave											
<input type="radio"/> les groupes ethnoculturels	<input type="radio"/> Autre, veuillez décrire :											
Identifiez le (s) lieu (x) de prestation des services (le cas échéant). Veuillez indiquer le nombre d'emplacements et le type d'emplacement (p.ex. hôpital, clinique de santé communautaire (CLSC), clinique privée, clinique universitaire, etc.)												
Quel(s) prestataire(s) de soins de santé assume(nt) la responsabilité des patients/usagers qui participent à l'initiative axée sur la collaboration ?												

<p>Débit de service:</p> <p>Nombre d'usagers accueillis chaque mois? _____</p> <p>Nombre de patients accueillis chaque mois? _____</p>
<p><b>Ressources:</b> Type et nombre d'ETP de prestataires de services impliqués, y compris les diététistes, les médecins de famille, les infirmiers, les ergothérapeutes, les travailleurs sociaux, les pharmaciens, les psychiatres, les psychologues, les groupes d'entraide ou de revendication, etc.</p> <p>Veillez indiquer :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ les relations de collaboration ou les relations indirectes/externes avec d'autres prestataires de services, y compris ceux susmentionnés dans la liste;</li> <li>⊙ les relations avec tout lieu de prestation de soins de santé primaires (si non mentionné ci-dessus);</li> <li>⊙ les relations avec tout service ou organisme communautaire (si non mentionné ci-dessus).</li> </ul>
<p>Vos installations ont-elles une particularité qui a joué un rôle dans la mise en place et de la mise en œuvre de votre initiative ?</p>
<p>Veillez décrire brièvement les difficultés rencontrées lors de la mise en place et de la mise en œuvre de cette initiative.</p>
<p>Veillez décrire brièvement les stratégies utilisées pour surmonter les difficultés susmentionnées :</p>
<p><b>Évaluation du programme ou du service :</b></p> <p>Avez-vous évalué votre initiative de soins de santé mentale axés sur la collaboration ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Non</li> <li>⊙ Oui – évaluation en cours</li> <li>⊙ Oui- évaluation complétée</li> </ul> <p>Quelles ont été les trois principales constatations ?</p> <p>Comment peut-on avoir accès à l'évaluation ? (site Web, en demandant un exemplaire papier, etc.)</p>
<p>Identifiez les prochains développements prévus dans le cadre de votre projet :</p> <p>Identifiez les développements souhaitables (en tenant compte des ressources disponibles):</p>
<p><b>Utilisation d'une technologie basée sur Internet :</b></p> <p>Quelle technologie est utilisée pour appuyer la mise en œuvre de l'initiative ? Veuillez cocher toutes les réponses applicables :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Télésanté</li> <li>⊙ Dossier électronique de santé</li> <li>⊙ Courriel</li> <li>⊙ Autre, veuillez préciser _____</li> </ul>
<p>Identifiez tous les autres aspects importants du projet ou commentaires :</p>
<p><b>Personne(s)-ressource(s) :</b> nom, organisme, numéros de téléphone et de télécopieur, courriel</p>



Étiez-vous au courant de la publication intitulée « Les soins de santé mentale partagés au Canada : Un recueil des projets en cours » (2002) avant de recevoir le présent sondage ?

Oui  Non

Le cas échéant, cet ouvrage a-t-il été utile pour l'élaboration de votre initiative ?  Oui  Non

Pouvez-vous formuler des recommandations ou des suggestions sur la façon dont cet *Examen des initiatives en soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires* pourrait être amélioré ?

***Merci d'avoir répondu à ce sondage !***  
***Veillez remplir ce sondage et le transmettre à Enette Pauzé au plus tard le [insérez la date]***  
***Courriel : [ep@cfpc.ca](mailto:ep@cfpc.ca) Téléc. : (905) 629-0893***

# annexeA

## Outils pour la collecte de données

### A4. Lettre révisée de demande d'information



Canadian  
Collaborative  
Mental Health  
Initiative

Initiative  
canadienne de  
collaboration en  
santé mentale

DEMANDE  
IMPORTANTE!

**Veillez s.v.p. répondre dès que possible à Enette Pauzé au ep@cfpc.ca ou par télécopieur au (905) 629-0893.**

Chers collègues :

Un représentant de votre association ou organisme est membre de l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM). Cette initiative a entrepris, à l'échelle nationale, la rédaction d'un *Examen des initiatives en soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires* (titre provisoire). Nous ne voulons omettre aucune activité clé axée sur la collaboration.

*Merci à tous ceux qui ont répondu à nos demandes précédentes !*

Cet Examen a pour but de représenter les différentes initiatives canadiennes de santé mentale axées sur la collaboration au Canada et de proposer un outil pour aider d'autres personnes à développer leurs propres initiatives. Cet Examen se basera sur le « Compendium of Current Projects on Shared Mental Health Care in Canada » préparé en 2002 par le Groupe de travail conjoint sur les soins de santé mentale partagés et l'augmentera. Le nouvel Examen comprendra des initiatives impliquant des usagers, des familles et des groupes d'entraide, des services communautaires, des diététistes, des médecins de famille, des infirmiers, des ergothérapeutes, des pharmaciens, des psychiatres, des psychologues et des travailleurs sociaux (pour avoir accès à un exemplaire, référez-vous au <http://www.shared-care.ca/pdf/compendium.pdf> (en anglais) ).

Au cours des derniers mois, nous avons déployé d'importants efforts pour communiquer avec des personnes impliquées dans différentes initiatives de santé mentale axées sur la collaboration afin de recueillir des renseignements inestimables sur l'état actuel de la collaboration.

Si vous faites partie ou connaissez une approche axée sur la *collaboration* pour la prestation de services de santé mentale dans un contexte de soins primaires (une approche dont l'objet est d'améliorer le bien-être mental et/ou d'améliorer la santé mentale des personnes ainsi que de leur famille et qui fait appel à au moins deux disciplines, dont la vôtre), nous devons communiquer avec vous. *Si un de vos collègues est mieux placé pour répondre, veuillez s.v.p. lui transmettre la présente demande.*

**Veillez nous en dire davantage sur votre initiative en nous communiquant les renseignements suivants :**

- ∞ **Titre du projet / programme**
- ∞ **Organisme (s) partenaires (s)**
- ∞ **Financement** - Source et durée (veuillez également identifier la personne ou l'organisme responsable de la réglementation du financement). Le financement fait-il partie d'un cadre de financement ou d'une politique qui appuie les initiatives axées sur la collaboration, ou est-il destiné à une initiative plus locale, à une initiative *ad hoc* ou à une initiative de démonstration ?
- ∞ **État actuel** : en cours, terminé, abandonné (date de commencement, date de la fin)
- ∞ **Justification**
- ∞ **Objectifs**
- ∞ **Description**, par exemple :
  - Identifiez le(s) lieu(x) de prestation des services (le cas échéant). Veuillez indiquer le nombre d'emplacements et le type d'emplacement (p. ex. un groupe ou organisme communautaire, hôpital, clinique de santé communautaire, clinique privée, clinique universitaire, etc.)
  - Quel(s) prestataire(s) de soins de santé assume(nt) la responsabilité légale des usagers /patients qui participent à l'initiative axée sur la collaboration ?
  - Débit de service : Combien d'usagers sont accueillis chaque mois ? Combien de patients sont accueillis chaque mois ?
  - Ressources : Type et nombre d'ETP de prestataires de services directement impliqués, y compris les services d'entraide ou de revendication, les diététistes, les médecins de famille, les infirmiers, les ergothérapeutes, les travailleurs sociaux, les pharmaciens, les psychiatres, les psychologues, etc. Veuillez indiquer :
    - les relations de collaboration ou les relations indirectes/externes avec d'autres prestataires de services, y compris ceux susmentionnés dans la liste;
    - les relations avec tout lieu de prestation de soins de santé primaires (si non mentionné ci-dessus);
    - les relations avec tout service ou organisme communautaire (si non mentionné ci-dessus).
  - Vos installations ont-elles une particularité qui a joué un rôle dans la mise en œuvre de votre initiative ?
  - Veuillez décrire brièvement les difficultés rencontrées lors de la mise en place et de la mise en œuvre de cette initiative de même que les stratégies utilisées pour surmonter ces difficultés. Indiquez les leçons qui en ont été tirées.

- **Populations particulières :** Veuillez identifier les populations particulières que vous desservez principalement.
  - Les sans-abri et les itinérants
  - Les personnes souffrant de troubles particuliers (p. ex. dépression)
  - Les personnes souffrant de troubles concomitants
  - Les enfants et les jeunes
  - Les personnes âgées/gériatrie
  - Les Autochtones
  - Les groupes ethnoculturels
  - L'entraide (p. ex. la création de groupes)
  - Les populations nordiques/isolées
  - Les populations rurales
  - Les populations urbaines
  - Autre, veuillez décrire :
- ∞ **Évaluation du programme ou du service** (oui, non, en cours – Quelles ont été les trois principales constatations ?)
- ∞ **Développements prévus**
- ∞ **Développements souhaités (en tenant compte des ressources disponibles)**
- ∞ **Utilisation des technologies de l'information/communication** (p. ex. télésanté, dossier électronique de santé, courriel)
- ∞ **Tout autre aspect important du projet ou commentaires**
- ∞ **Personne(s)-ressource(s)** (nom, adresse, courriel, numéros de téléphone et de télécopieur)

Si vous désirez en savoir davantage sur notre initiative nationale, l'ICCSM, consultez le dépliant ci-joint ou référez-vous au [www.iccsm.ca](http://www.iccsm.ca).

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de nous faire connaître vos activités de santé mentale axées sur la collaboration. Les renseignements que vous nous communiquez sont essentiels au succès de cette initiative nationale et pour améliorer l'état des services de santé mentale au Canada.

Salutations sincères,

Scott Dudgeon  
 Directeur général  
 Initiative canadienne de collaboration en santé mentale

Le Collège des médecins de famille du Canada  
 2630, avenue Skymark  
 Mississauga, Ont.  
 L4W 5A4  
 Tél. : (905) 629-0900 Téléc. : (905) 629-0893

# annexeA

## Outils pour la collecte de données

### A5. Guide de l'entrevue téléphonique



Canadian  
Collaborative  
Mental Health  
Initiative

Initiative  
canadienne de  
collaboration en  
santé mentale

#### Guide de l'entrevue téléphonique

##### Étapes :

1. Planifier les appels.
2. Consacrer une demi-heure de préparation avant chaque appel.
3. Prévoir une heure pour chaque appel (1,5 heures sont requises en moyenne pour chaque appel).

##### Scénario d'appel suggéré :

Bonjour, je m'appelle \_\_\_\_\_ et je vous appelle au nom de l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale.

Il y a quelques semaines, nous vous avons transmis un sondage pour recueillir des renseignements sur l'initiative de collaboration en santé mentale à laquelle vous participez. Nous avons prolongé notre échéancier de réponse afin de pouvoir garantir que les initiatives importantes telles que la vôtre soient prises en compte.

Les renseignements que vous nous communiquez seront publiés dans notre rapport intitulé, *Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires : Un examen des initiatives canadiennes*. Grâce à cette ressource, d'autres personnes seront en mesure de créer de nouvelles initiatives axées sur la collaboration.

Pouvons-nous vous transmettre un autre exemplaire du sondage ?

Nous apprécions grandement votre aide en remplissant ce sondage et en le retournant au plus tard le **(insérez la date appropriée)**. Les renseignements que vous communiquez ne constitueront pas seulement un dossier important sur l'état des soins de santé mentale interdisciplinaires, mais aussi une ressource inestimable pour ceux qui espèrent améliorer les soins de santé mentale au Canada par l'amélioration de la collaboration.

Pour toute question ou pour tout commentaire concernant le sondage, veuillez communiquer avec Marie-Anik Gagné, gestionnaire de projets, au [mag@cfpc.ca](mailto:mag@cfpc.ca) ou au (905) 629-0900, poste 209.

Merci de nous avoir accordé de votre temps; nous attendons avec impatience de recevoir les renseignements concernant votre initiative.

Renseignements généraux sur le projet :

Une de nos activités principales consiste à rédiger le rapport *Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires : Un examen des initiatives canadiennes* afin de démontrer la réussite de soins interdisciplinaires axés sur la collaboration dans le domaine de la santé mentale. Cette ressource a pour but de démontrer le « nec plus ultra » des soins de santé mentale axés sur la collaboration et de fournir un outil pour aider d'autres personnes à développer leur propre initiative. L'Examen se basera sur le Compendium préparé en 2002 par le Groupe de travail conjoint sur les soins de santé mentale partagés et l'augmentera.

On peut répondre au sondage de deux façons :

1. par courriel (c.-à-d. en répondant à même le courriel et en le retournant à l'expéditeur) ou
2. dans un document Word qui peut être téléchargé, rempli par traitement de texte et expédié par courriel ou par télécopieur au (905) 629-0893.

Questions suggérées :

1. Veuillez expliquer brièvement pourquoi nous recueillons ces renseignements (pour la rédaction d'un Examen).
2. Expliquer l'objectif de l'appel (recueillir davantage de renseignements sur les activités).
3. Demandez à la personne-ressource de décrire son programme en 2-3 minutes ou moins.
4. Posez des questions précises permettant d'obtenir les plus minutieux détails concernant le fonctionnement du programme. Par exemple :
  - a. Qui intervient le premier auprès du patient ou de l'utilisateur ?
  - b. Qui assume le rôle de prestataire des soins primaires ?
  - c. Comment les membres de l'équipe (ou les différents prestataires impliqués) communiquent-ils les renseignements des patients ? (p. ex. à quelle fréquence, à l'aide de quelles méthodes et où les renseignements sont-ils consignés ?)
  - d. Où les services sont-ils fournis ?
  - e. Est-ce que tous les prestataires sont situés dans le même édifice ?
  - f. Est-ce que les prestataires de soins de santé primaires ont accès aux spécialistes de la santé mentale sur une base continue, en fonction du besoin ?
  - g. Quel est le débit de service ?
  - h. Comment les patients/utilisateurs sont-ils impliqués dans le programme ? Votre comité ou conseil comprend-il des usagers ? Les usagers, familles et aidants naturels sont-ils impliqués dans l'élaboration ou l'évaluation du programme ?
  - i. Quelles technologies de l'information soutiennent le programme ?
  - j. Y a-t-il une possibilité de perfectionnement professionnel continu ?
5. Recueillez les renseignements manquants à l'aide du formulaire d'évaluation.



6. Insistez sur la cueillette de renseignements visant les usagers.
7. Demandez aux personnes-ressources de transmettre les renseignements d'évaluation ou demandez-lui comment y avoir accès.
8. Demandez aux personnes-ressources si elles connaissent d'autres initiatives (titre, lieu, personne-ressource).
9. Est-ce que la personne-ressource aimerait poser des questions ?
10. Rappelez à la personne-ressource qu'un formulaire de consentement lui sera transmis avec la description de son initiative.

# annexeA

## Outils pour la collecte de données

### A6. Formulaire de consentement



Madame, Monsieur,

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de partager vos activités de soins de santé mentale axés sur la collaboration. Tel que discuté, une description de votre initiative a été préparée pour *l'Examen des initiatives en soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires*. (2005, titre provisoire). Pour la suite, nous avons besoin de :

- 1) la confirmation que les renseignements concernant votre initiative (voir en pièce jointe) sont exacts (les renseignements manquants sont surlignés en jaune); et ,
- 2) votre consentement à ce que l'on verse ces renseignements à cet Examen qui est en voie de réalisation par l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale ([www.iccsm.ca](http://www.iccsm.ca)).

Veillez noter toute inexactitude ou tout changement nécessaire au document ci-joint et transmettre le tout à Enette Pauzé ([ep@cfpc.ca](mailto:ep@cfpc.ca)). Nous sommes limités à deux pages par initiative. La description de votre initiative a été préparée pour être concise (*approximativement 300 mots*) tout en essayant de refléter l'intégrité de votre initiative. **Veillez fournir vos commentaires et votre consentement au plus tard le [insérez la date].**

Pour épargner du temps, si vous apportez des modifications à la description de l'initiative ci-jointe, veuillez signer le formulaire de consentement en fonction de vos révisions.

Nous vous remercions du temps et de l'attention que vous nous avez consacrés. Vos renseignements et votre expérience constitueront une ressource inestimable pour aider d'autres personnes à améliorer les soins de santé mentale par la collaboration ! Pour toute question, n'hésitez pas à communiquer avec moi.

Salutations sincères,

Enette Pauzé  
 Coordonnatrice de la recherche  
 Initiative canadienne de collaboration en santé mentale  
[ep@cfpc.ca](mailto:ep@cfpc.ca)  
 Tél. : (905) 629-0900 ext. 250  
 Téléc. : (905) 629-0893

## Formulaire de consentement

Par la présente, je consens à ce que l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM) verse les renseignements présentés dans la description ci-jointe de l'initiative : « [insérez le titre de l'Initiative] » à l'*Examen des initiatives en soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires* (2005, titre provisoire) qui est en voie de réalisation par l'ICCSM.

Nom : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_  
(lettres moulées)

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Veillez remplir et expédier ce formulaire par l'une des façons suivantes :  
En y insérant votre signature électronique et en transmettant le formulaire par courriel à Enette Pauzé  
(ep@cfpc.ca) ou  
En signant le formulaire et en le télécopiant à Enette Pauzé au (905) 629-0893

# annexeB

## EXEMPLES D'OBSTACLES ET DE STRATÉGIES

Exemples d'obstacles rencontrés par les initiatives

Obstacles	Exemples
Ralliement	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌘ Manque de ralliement</li> <li>⌘ Méprise sur le concept de soins axés sur la collaboration</li> <li>⌘ Crainte de perdre son emploi</li> <li>⌘ Sentiment d'être menacé par les autres prestataires membres de l'équipe de collaboration</li> <li>⌘ Répugnance des prestataires à adopter des modes de travail nouveaux et non familiers</li> </ul>
Évaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌘ Manque d'évaluations publiées par des programmes similaires</li> <li>⌘ Manque d'outils et de systèmes d'évaluation efficaces</li> <li>⌘ Peu de temps pour l'évaluation</li> <li>⌘ Manque de ressources pour l'évaluation</li> </ul>
Financement/ rémunération	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌘ Manque de financement pour les réunions et autres activités de collaboration nécessaires</li> <li>⌘ Manque de financement pour que les prestataires participent aux activités axées sur la collaboration</li> <li>⌘ Manque de financement durable</li> <li>⌘ Financement inadéquat</li> <li>⌘ Difficulté à obtenir du financement pour la mise sur pied de l'initiative</li> <li>⌘ Obtenir une rémunération pour les prestataires qui participent aux initiatives de formation</li> <li>⌘ Les défis que représentent les établissements où les services sont rémunérés à l'acte-Stratégies de rémunération rigides</li> </ul>
Géographie	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌘ Isolement des membres de l'équipe de collaboration</li> <li>⌘ Défis géographiques que représente la taille de la province</li> <li>⌘ Grande distribution des patients, des prestataires et des établissements spécialisés</li> </ul>
Ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌘ Non-disponibilité de l'expertise visée</li> <li>⌘ Manque de ressources nécessaires</li> <li>⌘ Défis que représente de trouver le nombre de prestataires approprié par clinique selon les services requis</li> <li>⌘ Ressources insuffisantes selon les besoins</li> <li>⌘ Roulement de personnel</li> </ul>

Obstacles	Exemples
Politiques et lois	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌘ Questions d'ordre juridique associées à l'enregistrement des consultations lorsqu'on utilise un dossier médical électronique</li> <li>⌘ Défis que représente le partage des renseignements entre les organismes</li> <li>⌘ Absence de protocole pour la communication des renseignements nécessaires aux patients ou aux usagers</li> </ul>
Compétence	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌘ Inconfort à prodiguer les services de santé mentale</li> <li>⌘ Manque d'habiletés pour rendre des services particuliers</li> <li>⌘ Manque de prestataires qualifiés</li> </ul>
Structures/systèmes	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌘ Défis que représente l'élaboration d'un modèle de soins axés sur la collaboration</li> <li>⌘ Absence d'un coordonnateur désigné</li> <li>⌘ Difficulté à impliquer suffisamment de partenaires régionaux dans le processus de planification</li> <li>⌘ Difficultés avec les références</li> <li>⌘ Volumes élevés de références</li> <li>⌘ Difficulté à atteindre les objectifs en ce qui concerne les délais d'attente</li> <li>⌘ Manque d'espace</li> <li>⌘ Manque de temps</li> <li>⌘ Difficulté à établir un horaire pour les prestataires qui sont très occupés</li> <li>⌘ Rénovations à apporter à l'espace physique</li> </ul>
Développement de l'équipe	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌘ Difficulté à établir des relations avec les partenaires communautaires, les familles, les usagers et les aidants naturels</li> <li>⌘ Difficultés de croissance associées à la constitution d'une équipe</li> <li>⌘ Diffusion des rôles · Difficulté à poursuivre un objectif commun</li> <li>⌘ Chaque discipline professionnelle dispose de sa propre perspective de la prestation de soins aux usagers</li> </ul>
Technologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌘ Absence d'une base de données pour analyser les renseignements recueillis dans le cadre du programme</li> <li>⌘ Manque d'habiletés relatives à la technologie utilisée pour fournir les services</li> <li>⌘ Manque de soutien technique</li> <li>⌘ Inconfort à utiliser les technologies, y compris l'équipement de la vidéo-conférence</li> </ul>

# EXEMPLES D'OBSTACLES ET DE STRATÉGIES

## Exemples de stratégies utilisées pour surmonter les obstacles rencontrés par les initiatives

Stratégies	Exemples
Publicité justificative	<ul style="list-style-type: none"> <li>✎ Élaboration de partenariats stratégiques avec les ressources communautaires</li> <li>✎ Encouragement de la publicité de bouche à oreille</li> <li>✎ Lobbying pour les services et les avantages des soins axés sur la collaboration</li> <li>✎ Promotion d'un style de vie plus sain et d'une meilleure qualité de vie des patients et des usagers</li> </ul>
Ralliement	<ul style="list-style-type: none"> <li>✎ Recevoir l'appui des dirigeants et des chefs de file dans le domaine</li> <li>✎ Le personnel de direction a réalisé la valeur des activités axées sur la collaboration</li> <li>✎ Les prestataires ont réalisé la valeur des activités axées sur la collaboration</li> </ul>
Évaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>✎ On a eu recours aux évaluations pour réfuter les mythes et pour promouvoir les avantages des initiatives axées sur la collaboration</li> <li>✎ On a utilisé un examen continu des statistiques mensuelles pour assurer que les ressources nécessaires soient allouées à chaque endroit où une initiative axée sur la collaboration est en oeuvre</li> <li>✎ Les résultats de l'évaluation ont permis de produire un modèle raffiné de prestation de services</li> <li>✎ Les examens de rendement réguliers ont démontré un degré accru de satisfaction des prestataires et des usagers/patients</li> </ul>
Financement/rémunération	<ul style="list-style-type: none"> <li>✎ Obtention d'un financement adéquat</li> <li>✎ Obtention d'un financement durable</li> <li>✎ Travail en collaboration avec les intervenants pour demander du financement · Trouver des sources de financement non conventionnelles</li> <li>✎ Obtention d'un financement supplémentaire s'ajoutant aux dispositions de services rémunérés à l'acte</li> <li>✎ Postes salariés plutôt que des services rémunérés à l'acte</li> <li>✎ Sources non conventionnelles de financement pour rémunérer les prestataires qui ne sont pas financés par capitation</li> </ul>



Stratégies	Exemples
Géographie	<ul style="list-style-type: none"> <li>↻ Le personnel a visité des cliniques de santé mentale à l'extérieur de la région</li> <li>↻ L'isolement des prestataires a été réduit par la participation à des rencontres mensuelles, à des séances de formation continue et à des groupes de perfectionnement professionnel</li> <li>↻ Utilisation de différentes technologies de l'information pour améliorer la communication avec les établissements isolés</li> </ul>
Ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> <li>↻ Recevoir des ressources de sources internes</li> <li>↻ Mise en commun des ressources avec des organismes partenaires</li> <li>↻ Recrutement de prestataires qui désirent s'impliquer dans une initiative axée sur la collaboration</li> </ul>
Politiques et lois	<ul style="list-style-type: none"> <li>↻ Un nouveau programme de santé mentale a été élaboré et mis en œuvre dans la région</li> <li>↻ Collaborer étroitement avec les gouvernements au cours du développement du projet et de sa mise en œuvre afin de s'assurer que le ciblage et les résultats attendus correspondaient au cadre d'action du gouvernement</li> <li>↻ Le gouvernement a incorporé les soins de santé mentale dans les modèles de réforme des soins de santé primaires</li> <li>↻ Élaboration et mise en œuvre de protocoles concernant les renseignements juridiques et les renseignements de santé afin de respecter la loi</li> <li>↻ Élaboration d'une directive médicale pour permettre aux prestataires d'évaluer les patients de façon indépendante et de partager les dossiers des patients</li> </ul>
Compétences	<ul style="list-style-type: none"> <li>↻ Financement du développement d'habiletés supplémentaires pour les prestataires</li> <li>↻ Offre d'occasions de formation continue</li> <li>↻ Accent mis sur l'augmentation des capacités des prestataires locaux et des membres de la communauté</li> </ul>

Stratégies	Exemples
Structures/ systèmes	<ul style="list-style-type: none"> <li>✎ Formation d'un groupe de travail composé de représentants des différents in-tervenants afin que le projet reflète l'implication de ceux qui s'y sont le plus engagés</li> <li>✎ Élaboration de structures souples pour répondre aux besoins de la collectivité</li> <li>✎ Identification de journées de planification fixes pour les réunions d'équipe</li> <li>✎ Mise en oeuvre d'orientations fermes pour les nouveaux membres de l'équipe</li> <li>✎ Collaboration étroite avec les principaux intervenants pour assurer l'atteinte des objectifs de l'initiative</li> <li>✎ Embauche d'un coordonnateur avec des rôles et des responsabilités claire-ment définis</li> <li>✎ Examen des ententes de partenariat et des engagements à l'égard de l'objet, des objectifs et des méthodes de prestation de services avec tous les interve-nants importants</li> <li>✎ Élaboration de lignes directrices relatives aux stratégies de référence appro-priées</li> <li>✎ Élaboration de relations étroites entre les établissements de services de ni-veaux primaire, secondaire et tertiaire</li> <li>✎ Élaboration de stratégies de communication</li> <li>✎ Obtention de locaux adéquats pour les réunions nécessaires</li> <li>✎ Obtention de financement supplémentaire pour des espaces nécessaires</li> <li>✎ Obtention de financement pour les rénovations des espaces physiques néces-saires</li> <li>✎ Augmentation de la flexibilité des horaires de travail pour accommoder le personnel</li> <li>✎ Offre d'heures de réunion flexibles pour accommoder les horaires de travail chargés</li> </ul>
Développement de l'équipe	<ul style="list-style-type: none"> <li>✎ Réunions avec tous les membres de l'équipe au cours desquelles ils peuvent partager leurs préoccupations et leurs réussites</li> <li>✎ Développement de relations respectueuses avec les membres de l'équipe et de la communauté</li> <li>✎ Tenue de journées de planification à intervalles réguliers</li> <li>✎ Encourager les communications régulières, franches et claires entre les mem-bres du personnel</li> <li>✎ Participation de la haute direction et des dirigeants cliniques dans la planifi-cation et la mise en œuvre de l'initiative</li> </ul>
Technologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>✎ Utilisation des technologies de télésanté pour compenser les distances entre les communautés isolées</li> <li>✎ Utilisation des technologies à distance pour réduire les coûts</li> <li>✎ Utilisation des dossiers électroniques de santé pour améliorer la communica-tion entre les prestataires</li> </ul>



# annexeC

## ÉVALUATIONS DES INITIATIVES

- **Introduction**
- **Groupe A : Interventions éducatives pour le renforcement des capacités**
- **Groupe B : Programmes traditionnels de soins axés sur la collaboration pour les personnes souffrant de maladie mentale modérée**
- **Groupe C : Soins axés sur la collaboration pour les personnes souffrant de maladie mentale grave**
- **Obstacles à la collaboration et stratégies utilisées pour surmonter ces défis**
- **Résumé**



## Introduction

Les renseignements présentés dans cette section sont basés sur une étude préliminaire des renseignements des évaluations fournis par les initiatives de soins de santé mentale axés sur la collaboration. Une nouvelle recherche est nécessaire afin de réaliser une analyse et une discussion détaillées des thèmes, tendances et conclusions clés, étant donné que ceux-ci se rapportent à des recherches précédentes et à de meilleures pratiques.

Il a été demandé aux participants de soumettre toute stratégie d'évaluation proposée ou tout résultat d'évaluation complétée avant janvier 2004. Ces données ont ensuite été envoyées aux chercheurs du projet en santé mentale et en soins primaires « Amélioration continue de la mesure de la qualité : Closing the Implementation Loop Project » pour des analyses supplémentaires.<sup>13</sup> En tant que projet sœur de l'ICCSM, l'« Amélioration continue de la mesure de la qualité » (CEQM) fournit des conseils pour la recherche actuelle, tels qu'ils ont été présentés dans le Volume I.

La documentation de 16 programmes a été révisée.

Le résumé qui suit est basé sur une synthèse des conclusions des évaluations des programmes d'initiatives en soins de santé mentale axés sur la collaboration et sur d'autre documentation relative aux projets de soins de santé mentale et primaires axés sur la collaboration qui ont été financés par le Fonds pour l'adaptation des soins primaires de Santé Canada.<sup>14</sup> Notre objectif était d'identifier et de décrire des thèmes préliminaires en ce qui concerne les résultats atteints par les programmes ainsi que les processus qui ont conduit à ces résultats.

### Documentation des programmes et types d'initiatives révisées

La documentation disponible pour cette analyse s'étend des données descriptives (ce qui comprend les propositions de programme, les descriptions des modèles et les rapports sur les extraits de programme), aux évaluations de processus (en utilisant principalement des méthodologies qualitatives) de même qu'aux évaluations des résultats (en utilisant des méthodologies avant-après ou des groupes de référence avant-après et en utilisant un mélange d'analyses qualitatives et quantitatives). Les programmes révisés varient aussi au niveau de leur maturité, ayant une durée d'existence, au moment où les données sur les programmes ont été recueillies, entre neuf mois et huit ans. En tout, la documentation relative à 16 programmes était disponible (voir Tableau A).

Nombre d'initiatives ayant fourni des renseignements d'évaluation

Province	Nombre d'évaluations de programme reçues avant janvier 2005
Alberta	3
Manitoba	1
Ontario	11
Nouveau-Brunswick	1
Total	16

13 Eric Macnaughton, CM, Ph.D. (candidat), University of British Columbia; et Dr. Paul Waraich, MD, M.Sc., professeur adjoint, MHECCU, Department of Psychiatry, University of British Columbia.

14 Aussi référencé : Burley J. Initiating and developing a shared care relationship in your community. CPA Bulletin de L'APC. Avril 2003; 35(2): 34-6. Disponible au : <http://www.cpa-apc.org/Publications/Archives/Bulletin/2003/april/burley.asp>, et Katon WJ. The Institute of Medicine "Chasm" report: implications for depression collaborative care models. Gen Hosp Psychiatry. Juillet-août 2003; 25(4): 222-9. <PubMed>



### Initiatives révisées :

1. Calgary Urban Project Society (CUPS)
2. Children's Mental Health Collaborative Care Clinic: A Shared Care Model of Youth Mental Health Consultation in a Family Practice Training Centre
3. Collaborative Mental Health Care Network
4. Diabetes Screening, Risk Management and Disease Management in a High-risk Mental Health Population
5. Early Psychosis Program
6. Hamilton Health Service Organization (HSO) Mental Health and Nutrition Program
7. Hospitalist: An Integrated Physician/Nurse-Practitioner Model
8. North Bay Ontario and Region Community Mental Health Consultation Service
9. Northeast Community Health Centre, Mental Health and Addictions Shared Care
10. Psychotic Disorders Clinic at McMaster University
11. Region of Peel Outreach Program
12. Shared Care Clinical Outreach Service
13. Shared Mental Health Care
14. The SEED Project (Support and Education for Primary Care Focusing on the Elderly with Disorders in Mental Health)
15. Transition into Primary Care Psychiatry (TIPP)
16. Winnipeg Regional Health Authority Shared Mental Health Care Program

Les types d'initiatives révisées sont regroupés en trois groupes. Chaque groupe varie selon le degré d'implication directe ou indirecte des spécialistes de la santé mentale (p. ex. en fournissant de la formation ou des consultations aux prestataires de soins de santé primaires sans toutefois qu'ils soient impliqués de façon active dans les soins de l'utilisateur).

### Groupe A : Interventions éducatives pour le renforcement des capacités

Toutes les interventions dans le **premier groupe** (*Formation pour le renforcement des capacités*) sont des soins axés sur la collaboration indirecte, ce qui signifie que les spécialistes de la santé mentale fournissent de la formation et/ou un renforcement des capacités aux prestataires de soins axés sur la collaboration (ceux-ci sont principalement des omnipraticiens) afin qu'ils puissent gérer de façon plus efficace les problèmes de santé mentale et ce, de façon indépendante (avec possibilité de consultation).

Les initiatives du Groupe A (*Formation pour le renforcement des capacités*) sont des interventions qui utilisent une approche indirecte des soins axés sur la collaboration. Trois des seize initiatives font partie de ce groupe.

Les interventions dans ce groupe représentent un éventail de stratégies éducatives employées selon une approche concertée ou de façon individuelle. L'éventail comprend des événements de formation médicale continue, le développement d'un réseau de mentors, l'utilisation de l'informatique pour l'échange de connaissances (p. ex. courriel, approches de l'information sur le Web), des petits groupes d'apprentissage basé sur des cas, des consultations éducatives sur des cas ou des sessions d'encadrement. Ces interventions abordent soit les problèmes de santé mentale comme un tout, soit elles se concentrent sur des problèmes précis (p. ex. problèmes de santé mentale relatifs aux personnes âgées ou aux enfants). Elles comprenaient une initiative à l'échelle provinciale ainsi que des projets ciblant à la fois les communautés urbaines et rurales.

En tant que tout, ces approches visent habituellement l'amélioration du niveau de connaissances, de compétences et de confort des médecins de famille (ou autres prestataires de soins de santé primaires) en ce qui concerne la santé mentale (p. ex. aborder les problèmes de dépistage, de diagnostique, de gestion, de choix de traitement, d'orientation et de sensibilisation aux ressources communautaires). En général, ces interventions sont concentrées sur le renforcement interne des capacités et sur le développement du réseau des praticiens plutôt que sur les changements relatifs à la prestation des services (p. ex. développement de nouvelles dispositions concernant les soins partagés ou axés sur la collaboration). Les résultats actuels atteints par les initiatives ont été plus souvent décrits en termes qualitatifs et décrivaient l'impact sur les médecins plutôt que sur l'utilisateur selon l'hypothèse que des capacités accrues permettraient d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins.

### Conclusions/Thèmes communs :

1. Il est prouvé qu'il y a une amélioration des connaissances, des compétences et du confort des prestataires en ce qui concerne la gestion des problèmes de santé mentale.
2. Les premières conclusions prouvent que les médecins se sentent plus confiants, confortables et cultivés, moins isolés, qu'ils montrent une « volonté accrue » pour le changement et qu'ils sont davantage « préparés à intervenir ».
3. Il y a un lien entre la consultation et la formation basées sur des cas, soit une stratégie fréquemment utilisée et qui serait, semblerait-il, efficace pour renforcer les capacités. La formation basée sur des cas semble préférable et supérieure aux événements de formation « uniques », étant donné la possibilité qu'elle offre de résoudre des problèmes pratiques ainsi que de participer à un petit groupe de dialogue sur les problèmes qui sont pertinents et opportuns.
4. Le développement d'un réseau de mentors semble être plus précieux pour les prestataires qui ont un cabinet individuel. Par exemple, il est plus probable que les prestataires qui partagent une clinique avec d'autres médecins ou qui ont établi des réseaux informels se tournent vers des collègues avec qui ils ont déjà des liens avant de consulter un mentor « extérieur ». Être en mesure de décrocher le téléphone et d'avoir une conversation avec quelqu'un avec qui on a déjà une relation semble préférable aux approches technologiques telles que le courriel et les ressources sur le Web, ce qui peut rendre difficile l'obtention d'une communication claire et présenter souvent des obstacles technologiques ou liés à la culture de la pratique.

## Groupe B : Programmes traditionnels de soins axés sur la collaboration pour les personnes souffrant de maladie mentale modérée

Les initiatives du **deuxième groupe** (*Soins traditionnels axés sur la collaboration*) sont aussi dirigées vers le renforcement des capacités du secteur des soins de santé primaires, mais se concentrent aussi de façon explicite sur le développement de nouvelles dispositions de prestation des services (c.-à-d. les structures et processus/systèmes de soins axés sur la collaboration) afin d'introduire les soins de santé primaires et les spécialistes de la santé mentale à des dispositions continues de soins axés sur la collaboration. Ces initiatives variaient en ce qui concerne l'étendue selon laquelle les soins axés sur la collaboration étaient directement ou indirectement fournis et l'étendue selon laquelle les spécialistes de la santé mentale conservaient une implication directe dans les soins des usagers.

Les initiatives de ce groupe fournissent généralement un soutien aux personnes considérées comme ayant une maladie mentale modérée (plus fréquemment une dépression ou de l'anxiété) et des problèmes de santé mentale relatifs à des difficultés circonstancielle ou relationnelles en utilisant des dispositions directes de soins axés sur la collaboration permettant aux spécialistes de la santé mentale (psychiatres et autres professionnels offrant de la psychothérapie ou des consultations) de fournir des services sur place aux bureaux de médecins de famille ou dans les cliniques de soins de santé primaires. Un programme fournit des services de spécialiste par l'entremise d'une clinique externe, soit un exemple de soins axés sur la collaboration directe par comparaison aux soins fournis de façon indirecte. Malgré l'utilisation des termes « maladie mentale modérée », des données d'une initiative suggèrent que la population desservie comprend un taux élevé (plus de 50 pour cent) de personnes ayant deux troubles ou plus, qui ont un degré élevé de déficience fonctionnelle et des conditions qui durent, en général, un an ou plus.

La plupart des initiatives du Groupe B impliquent une consultation et une formation basées sur des cas données par des intervenants ou des psychiatres. Elles impliquent également des dispositions continues de soins axés sur la collaboration dans lesquelles les médecins de famille conservent la responsabilité de la gestion continue et ce, avec le soutien disponible d'un spécialiste de la santé mentale. Le thérapeute offre souvent ses services selon une méthode pratique de « traitements brefs » (c.-à-d. six à douze sessions) impliquant l'établissement des objectifs, la résolution de problèmes, la gestion du stress, la psychoéducation et/ou la thérapie comportementale et cognitive.

En tant que tout, les stratégies axées sur la collaboration développées par ces initiatives visaient l'accomplissement de résultats tels qu'une confiance et des compétences accrues des praticiens dans la reconnaissance et la gestion de la maladie mentale, une utilisation efficace des services des spécialistes de la santé mentale, une plus grande satisfaction des médecins de famille concernant leur capacité à accéder aux soins par les spécialistes lorsqu'ils en ont besoin ainsi qu'une satisfaction générale relative à la communication et à la collaboration avec les prestataires de soins de spécialité.

Les initiatives du Groupe B (*Soins traditionnels axés sur la collaboration*) se concentrent sur le développement de nouvelles dispositions de prestation des services afin d'introduire les spécialistes des soins de santé primaires et de la santé mentale à des dispositions continues de soins axés sur la collaboration. Quatre des seize initiatives se trouvent dans ce groupe.

Étant donné l'histoire relativement longue des initiatives de ce groupe, la recherche disponible met plus d'accent sur les données concernant les résultats. Ces données contiennent, en général, des conclusions relatives aux résultats ainsi qu'aux processus.

### Conclusions/Thèmes communs :

1. La satisfaction concernant les soins axés sur la collaboration par les médecins de famille est élevée, telle que prouvée par les mesures quantitatives et autres indicateurs indirects de satisfaction.
2. La formation basée sur les cas et le soutien fourni par des évaluations mixtes d'intervenants et de médecins, des sessions de thérapie ainsi que par l'entremise d'une communication continue basée sur des cas semblent mener à une augmentation des capacités (p. ex. compétences, confort, confiance) parmi les médecins de soins de santé primaires.
3. La capacité et l'efficacité accrues des soins de santé primaires ont été démontrées par divers types d'indicateurs relatifs au niveau du confort des médecins de famille et d'autres praticiens de soins de santé primaires en ce qui concerne la satisfaction des besoins des usagers ayant une maladie mentale. Par exemple, une initiative a découvert que 72 pour cent des prestataires participant à l'initiative ont amélioré leur capacité à identifier et à gérer les problèmes de santé mentale, créant ainsi un niveau moins élevé d'orientations et un taux relativement bas de visites de suivi (comparativement à de nouvelles visites) par les spécialistes. De plus, un autre participant a rapporté que, grâce à une meilleure liaison et planification des sorties, il y a eu une baisse de 10 pour cent des admissions des hospitalisés et un temps de soins actifs et des malades externes plus court.
4. Des dispositions efficaces des soins axés sur la collaboration conduisent à l'amélioration des résultats des usagers. Par exemple, il y a une plus grande confiance chez les usagers que leurs besoins seront satisfaits. Il y a aussi une plus grande probabilité pour que plus de renseignements concernant leur maladie leur soient offerts et pour que l'impact du traitement sur leur estime personnelle ainsi que sur leur qualité de vie soit plus grand. De plus, au moins deux participants ont rapporté des diminutions hautement importantes de dépression, d'anxiété et de somatisation, baissant à des niveaux inférieurs au seuil de diagnostique, ainsi que de petites mais significatives diminutions de l'incapacité liée à la maladie.

## Groupe C : Soins axés sur la collaboration pour les personnes souffrant de maladie mentale grave

Le **troisième groupe** (*Soins axés sur la collaboration pour les personnes souffrant de maladie mentale grave*) est composé d'initiatives qui se sont servies d'approches traditionnelles des soins axés sur la collaboration (p. ex. approches développées à l'origine pour des personnes ayant une maladie mentale modérée) et les ont adaptées afin de servir les personnes souffrant de conditions plus graves et continues (souvent avec des besoins complexes comme les sans-abri). Les initiatives de ce groupe étaient typiquement dans le processus de développer des relations de collaboration avec le système

de santé mentale formel en servant les personnes souffrant de maladie mentale grave et persistante.

Beaucoup de ces initiatives ont adapté l'approche traditionnelle des soins axés sur la collaboration afin de mieux satisfaire les besoins spécifiques des personnes ayant une maladie mentale plus grave (p. ex. schizophrénie et autres besoins complexes comme les personnes sans abri et celles qui consomment de la drogue). Une des initiatives a été mise en œuvre dans le contexte d'un centre de santé d'une communauté urbaine fournissant un éventail de services de santé physique. Parrainée par un milieu institutionnel, une autre initiative fournit des soins de santé et de santé mentale à des sans-abri dans des foyers également situés dans le centre-ville.

La plupart des initiatives de ce groupe essaient de fournir des soins de santé, mais aussi de santé mentale aux personnes ayant une maladie mentale grave, soit en plaçant les services de santé mentale dans un contexte de prestation de services de santé physique ou vice-versa. Deux des initiatives du Groupe C ne sont pas des programmes typiques de soins de santé mentale axés sur la collaboration, mais sont comprises dans ce groupe en raison de leurs efforts concernant le développement de structures de collaboration afin de s'assurer que les besoins de santé et de santé mentale des gens ayant une maladie mentale grave soient abordés d'une façon plus coordonnée. Une initiative fournit des services de soins de santé à des résidents d'un hôpital psychiatrique provincial tandis que l'autre cherche à fournir un service de dépistage précoce du diabète au sein d'une population à haut risque (les utilisateurs de la nouvelle génération des médicaments antipsychotiques) à l'intérieur des équipes de gestion de cas de la ville.

Vu en tant que groupe, ces initiatives fournissent un continuum de soins pour les personnes ayant une maladie mentale grave, ce qui complète les ressources du système de santé mentale formel. Ce continuum s'étend du dépistage précoce du premier épisode de psychose à l'implication des individus ayant des problèmes complexes en passant par la prestation directe de services de santé et de santé mentale. Les services comprennent aussi la gestion intérimaire des cas ayant des liens avec les services de santé et les ressources communautaires ainsi qu'un accès rapide au traitement continu sur une base « au besoin ».

Par exemple, une initiative fournit un choix, autre que la gestion des cas, aux individus (ceux ayant un premier épisode et ceux qui sont déjà des « utilisateurs réguliers » des services) qui ont atteint le point où ils peuvent autogérer leurs soins avec le soutien de leur médecin de famille et l'appui de l'initiative. Une autre initiative fournit des soins pour les personnes qui étaient autrefois des utilisateurs réguliers d'un hôpital psychiatrique provincial à effectif réduit ou d'autres services de soins actifs, ainsi qu'aux usagers des zones rurales ayant une maladie mentale grave qui rencontrent des obstacles particuliers relatifs à l'accès aux soins spécialisés ou actifs. En tant que tout, ces programmes tentent de fournir un meilleur accès, une capacité accrue des soins de santé primaires, une plus grande continuité et compréhension des soins de même qu'une utilisation plus efficace et opportune des spécialistes ou des ressources à prix de revient élevé. Ils fournissent aussi un accès plus équitable aux soins de santé et de santé mentale pour la population auparavant non desservie.

Les initiatives du Groupe C (Soins axés sur la collaboration pour les personnes souffrant de maladie mentale grave) utilisent davantage d'approches traditionnelles des soins axés sur la collaboration et les adaptent afin de servir des personnes ayant des conditions plus graves et continues. Neuf des seize initiatives sont classées dans ce groupe.



### Conclusions/Thèmes communs :

1. Des preuves fournies par les données qualitatives et quantitatives suggèrent que l'accès a été augmenté grâce à une diminution de la stigmatisation et à une possibilité d'implication graduelle dans les initiatives fournissant des services de santé mentale dans le contexte des soins de santé plutôt qu'en tant que simple service autonome. Par exemple, plusieurs initiatives ont rapporté moins d'absences aux rendez-vous et une tendance accrue à poursuivre la prise des médicaments.
2. Renforcer les capacités dans le contexte des soins de santé primaires par l'entremise des soins axés sur la collaboration contribue aussi à l'obtention d'un meilleur accès et d'une efficacité accrue concernant l'utilisation des ressources dans un contexte différent des soins de santé primaires. Certains programmes ont rapporté :
  - Une plus grande capacité concernant le dépistage précoce, une capacité accrue à gérer les cas complexes dans le système de santé de la communauté et des temps d'attente plus courts pour le service en clinique
  - Une première preuve signalant une diminution de l'utilisation des salles d'urgence et des services de police. Au même moment, il y eu une augmentation de l'accès aux soins d'urgence/actifs lorsque nécessaire et ce, par l'entremise du développement de relations de travail et de processus formalisés des admissions et de la planification des sorties pour ceux ayant besoin de soins
  - Une preuve évidente de diminution considérable des taux d'admission des hôpitaux parmi les participants au programme
  - Une réduction de 50 pour cent dans les admissions aux soins actifs, une diminution passant de 37 à 1 des orientations vers des soins spécialisés dans une clinique externe (pendant la période de 6 mois de l'étude) et une augmentation du niveau de complexité des orientations en général
  - Un besoin moins grand des services de gestion de cas ayant une grande demande pour les personnes souffrant de maladie mentale grave et moins de transferts coûteux des usagers âgés et fragiles
3. Le renforcement des capacités dans les points de services autres que ceux de soins de santé primaires (p. ex. foyers et centres de santé communautaires) fournit de meilleures possibilités pour le dépistage précoce et réduit la tendance à écarter ou à utiliser des stratégies coercitives pour les personnes ayant une maladie mentale et qui, auparavant, auraient été considérées comme « perturbées » par le personnel sur place.

4. Une quantité considérable de l'activité implique d'évaluer les ressources communautaires relatives aux déterminants de la santé des personnes ayant une maladie mentale grave et des besoins complexes tels que le logement/refuge, l'aide au revenu, le soutien social et le régime. Par exemple, au moins un programme :
  - A démontré qu'un logement/refuge était trouvé pour environ 20 pour cent des usagers pendant l'année déclarée et que l'aide au revenu liée à la défense des droits était une activité d'importance principale;
  - A suggéré que l'évaluation formative a conduit à l'embauche de travailleurs des habitations; et
  - A développé un « réseau de ressources communautaires » avec d'autres organismes du centre-ville.
5. Le rôle de défenseur des droits pour le personnel a été identifié comme étant un aspect important du modèle des soins partagés/axés sur la collaboration pour les personnes ayant une maladie mentale grave et des besoins complexes qui, traditionnellement, ne peuvent pas être intégrées facilement dans les services existants.
6. Les évaluations de la satisfaction des usagers étaient uniformément élevées selon les indicateurs qualitatifs et quantitatifs.

## Obstacles à la collaboration et stratégies utilisées pour surmonter ces défis

En regroupant la documentation qui a été révisée, plusieurs obstacles et stratégies clés utilisées afin de surmonter les obstacles rencontrés par les initiatives peuvent être discernés. La majorité des obstacles et stratégies rapportés dans le Tableau B sont spécifiques au développement, à la mise en œuvre ou aux résultats des évaluations menées par les initiatives. Les stratégies énumérées ci-dessous correspondent aux obstacles spécifiques qui ont été identifiés.



Tableau B Obstacles et stratégies identifiés

Obstacles	Stratégies
<p>Il y a un besoin d'information/formation concernant les ressources communautaires disponibles (p. ex. logement, aide au revenu, organismes communautaires et information aux usagers).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Développer un guide des ressources.</li> <li>➤ Inclure des prestataires importants (p. ex. travailleuses et travailleurs sociaux) dans les consultations et les événements de formation afin de partager des renseignements pertinents.</li> <li>➤ Élaborer un type de fonction de gestionnaire de cas afin d'aider à lier les usagers des soins de santé primaires avec d'autres ressources communautaires appropriées.</li> </ul>
<p>Il y a certains défis à identifier quel problème de santé mentale requiert une orientation directe et d'autres pour lesquels le renforcement des capacités est une meilleure stratégie (p. ex. par une session de co-évaluation/polythérapie).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Fournir une formation plus claire sur le but des approches de renforcement des capacités (p. ex. aux médecins de famille).</li> <li>➤ Mettre en oeuvre des algorithmes de soins par paliers afin de fournir un encadrement plus clair en ce qui concerne le moment où les membres de l'équipe de soins axés sur la collaboration devraient être impliqués.</li> </ul>
<p>Les évaluateurs ont remarqué que le manque d'un modèle logique de programme clair crée, dans certains cas, des problèmes au niveau de la capacité à évaluer l'impact des programmes sur la capacité des praticiens.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Faire des choix plus appropriés en ce qui concerne la méthodologie de l'évaluation utilisée puisque les évaluations de ce qui est évaluable ou des évaluations formatives peuvent aider à clarifier les modèles logiques avant de mener des évaluations sur l'impact ou sur les résultats.</li> <li>➤ Évaluer les liens afin d'améliorer les résultats des usagers lorsque des données sur l'amélioration des capacités des prestataires existent.</li> <li>➤ Lier la formation avec les changements du niveau de service (c.-à-d. modèle de consultation éducative mixte), ce qui situerait l'étape de l'évaluation sur l'impact au niveau de l'utilisateur.</li> </ul>
<p>Bien que l'accès aux soins de santé primaires et aux services par les spécialistes de la santé mentale semble avoir augmenté, ces données ont été mesurées de façon indirecte (par l'entremise des mesures du renforcement des capacités), en opposition à une vérification directe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Développer des indicateurs directs d'accès (p. ex. utiliser des données de programme ou administratives, ou évaluer la possibilité de sonder directement les usagers en ce qui concerne les délais ou les problèmes de navigation du système).</li> </ul>

Tableau B Obstacles et stratégies identifiés (suite)

Obstacles	Stratégies
<p>L'accès accru créé par les dispositions des soins axés sur la collaboration peut taxer les ressources des services de spécialité en santé mentale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Développer des formulaires d'évaluation de seuil d'orientation.</li> <li>➤ Les spécialistes se joignant aux dispositions de soins axés sur la collaboration devraient, en premier lieu, développer des dispositions claires sur la nature et l'étendue de leur rôle.</li> <li>➤ Mener des consultations éducatives mixtes entre les spécialistes et les médecins de famille ou d'autres prestataires de soins de santé primaires.</li> <li>➤ Développer des mécanismes continus pour la collaboration et l'échange de connaissances (p. ex. plans de soins mixtes, dossiers partagés et réunions régulières de tous les intéressés).</li> <li>➤ Développer d'autres formes régulières de communications formelles et informelles.</li> </ul>
<p>Les dispositions de soins axés sur la collaboration peuvent conduire à une utilisation moins qu'efficace des ressources des spécialistes de la santé mentale ainsi qu'à un manque de clarté relativement au rôle du spécialiste.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Donner plus d'attention aux interventions précoces par les conseillers spécialisés en santé mentale.</li> </ul>
<p>Il y a un manque de clarté en ce qui concerne les rôles respectifs du psychiatre et du conseiller. Il y a aussi un manque de raisonnement explicite dans la recherche évaluative révisée en ce qui concerne quel praticien doit exécuter quelle intervention, dans quel ordre et pour quel motif..</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Développer un traitement et des algorithmes de soins par paliers afin de guider les prises de décisions concernant le choix, le temps et l'ordre des traitements alternatifs (p. ex. médicaments versus psychothérapie versus ces deux choix ensemble). Clarifier également l'utilisation d'un personnel approprié aux différents « points de choix ».</li> </ul>
<p>Bien que l'intégration entre les soins de santé mentale et primaires augmente, certaines indications nous laissent croire que l'étendue des relations de collaboration entre les prestataires de soins de santé primaires et les autres partenaires potentiels pourrait être meilleure. En particulier, le problème de la continuité des soins avec « le reste du système de santé mentale » demeure un défi, ce qui comprend les liens avec les soins actifs et le système de santé mentale de la communauté (p. ex. soins d'urgence, logement supervisé, réadaptation) ainsi que les liens avec d'autres organismes communautaires.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Développer un rôle de « navigateur de système » afin d'aider à lier les individus aux ressources communautaires nécessaires, aux services d'urgence ou avec le système de santé mentale formel.</li> <li>➤ Développer des stratégies de gestion d'implication/de cas applicables à l'adaptation des modèles de soins axés sur la collaboration pour les personnes ayant une maladie mentale grave.</li> </ul>

Tableau B Obstacles et stratégies identifiés (suite)

Obstacles	Stratégies
<p>Il y a une possibilité d'épuisement du personnel, en particulier pour les programmes servant les personnes sans-abri ayant une maladie mentale et d'autres besoins complexes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Mettre en oeuvre un rôle de leadership ou de coordination pour le projet en général.</li> <li>➤ Développer des stratégies pour une utilisation plus efficace des soins basés sur le travail d'équipe ainsi qu'une stratégie afin de fournir du soutien affectif et pratique aux travailleurs du programme qui, autrement, risqueraient de se sentir isolés.</li> <li>➤ Développer des objectifs et des attentes réalistes basés sur des résultats échelonnés (p. ex. satisfaire les besoins fondamentaux et rencontrer les objectifs de réduction des méfaits d'abord, aborder les problèmes de traitement par la suite, suivis de l'émancipation/intégration, lorsque possible).</li> </ul>
<p>Il y a une tension et un besoin de clarté et/ou de flexibilité en ce qui concerne la portée du mandat des modèles de soins axés sur la collaboration au centre-ville et servant les personnes ayant une maladie mentale grave puisque les programmes d'approche se traduisent par le contact avec des personnes ayant un éventail de besoins complexes relatifs à leur santé mentale (p. ex. personnes ayant des problèmes concernant les abus/traumas, de multiples diagnostics ou des problèmes d'utilisation concomitante de drogues).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Concevoir des programmes qui sont flexibles au niveau du mandat du programme afin de satisfaire les besoins des usagers.</li> </ul>
<p>Il y a un besoin de clarté et de flexibilité quant à un empiètement possible des rôles du personnel dans les programmes basés sur le travail d'équipe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Mettre en oeuvre une évaluation formative et une communication continue puisque cela permet de clarifier les rôles au sein de l'équipe. Une gestion claire peut aider à clarifier ces problèmes.</li> </ul>
<p>Il y a des défis impliqués dans l'utilisation efficace des ressources spécialisées (p. ex. s'assurer que les soins médicaux ou spécialisés sont disponibles lorsque nécessaires).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Développer un système de téléavertisseurs et des horaires plus clairs.</li> <li>➤ Il y a un besoin de spécialistes tenant des rôles de consultation et étant disponibles, au besoin, pour un service direct.</li> <li>➤ Rendre l'accès au psychiatre (ou à un autre spécialiste) plus facile (p. ex. rendre possibles les orientations directes entre le travailleur des services d'approche et le psychiatre plutôt que d'utiliser les infirmières et infirmiers de l'équipe comme agents de renvoi).</li> </ul>

Tableau B Obstacles et stratégies identifiés (suite)

Obstacles	Stratégies
<p>Il y a une possibilité de manque de clarté dans le mandat du programme par rapport au système de santé mentale formel.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Les évaluations formatives ont aidé les programmes à développer un modèle logique de programme clair. Un programme a commencé à concevoir la fonction d'un travailleur de services d'approche en tant que « gestionnaire de cas par intérim » et a développé des relations de travail avec des équipes de gestion de cas dynamique afin de faciliter les orientations et de réduire les temps d'attente pour ce service.</li> <li>➤ Mettre en place une planification/évaluation mixte avec les équipes de traitement communautaire dynamique.</li> <li>➤ Créer des forums pour des dialogues avec d'autres services de santé mentale communautaires, ce qui comprend les équipes de traitement communautaire dynamique.</li> </ul>

## Résumé

La précédente discussion suggère que les interventions éducatives pour le renforcement des capacités (**Groupe A**) ont un impact sur les résultats au niveau du praticien (c.-à-d. compétences et confiance accrues). Jusqu'ici, l'impact de ces interventions des soins axés sur la collaboration n'a pas été évalué au niveau de l'utilisateur ou en ce qui concerne l'accessibilité des services. Il semble que la capacité accrue des soins de santé primaires s'obtient mieux en utilisant des stratégies éducatives basées sur des cas et distribuées à l'intérieur du contexte en tant que relation continue entre un praticien de soins de santé primaires et un spécialiste de la santé mentale.

Cette relation, à son tour, est mieux établie lorsqu'elle est facilitée par une disposition de soins axés sur la collaboration continue, comme celle mise en œuvre par les programmes du **Groupe B**. Ces programmes traditionnels de soins axés sur la collaboration prouvent la satisfaction élevée des usagers ainsi que d'autres résultats au niveau de l'utilisateur tels qu'une diminution des symptômes, une estime de soi accrue et de petites mais importantes améliorations dans le fonctionnement. Les prestataires de soins de santé primaires indiquent aussi une satisfaction élevée des spécialistes avec lesquels ils ont développé un arrangement pratique. Bien que ces programmes semblent conduire à une utilisation plus opportune et efficace des ressources des autres parties du système de santé mentale (p. ex. soins d'urgence et actifs), il semble que les liens avec les autres aspects du système de santé mentale formel (p. ex. équipes communautaires et logements subventionnés) sont moins bien développés et que les connaissances de ces ressources sont relativement basses.

Des preuves présentées par des programmes du **Groupe C** (pour les personnes souffrant de maladie mentale grave) montrent que les interventions traditionnelles des soins axés sur la collaboration peuvent être adaptées avec succès pour cette population qui comprend des personnes ayant des besoins complexes. Une preuve qualitative suggère que ces programmes développent des stratégies réussies afin d'impliquer les gens ayant une maladie mentale grave ainsi que des soins acceptables pour les conditions de santé physique et mentale, résultant en une satisfaction élevée de la part des usagers et, possiblement, en une utilisation plus opportune et efficace des autres ressources (p. ex. services d'urgence et de police). Ces programmes ont aussi réussi avec succès à satisfaire les besoins fondamentaux des usagers relatifs au refuge, à l'aide au revenu et au régime. On retrouve parmi les problèmes difficiles restants le besoin de structures de prestation des services efficaces et claires basées sur le travail d'équipe et des relations claires avec les autres parties du système de santé mentale (p. ex. les équipes de traitement communautaire dynamique).

## MESSAGES CLÉS

### **Messages clés pour le Groupe A : Interventions éducatives pour le renforcement des capacités**

- Les stratégies éducatives pour le renforcement des capacités semblent être plus réussies lorsqu'elles sont « basées sur des cas » versus « généralisées » et lorsque la formation ou la consultation est fournie dans le contexte de dispositions pratiques et continues des soins axés sur la collaboration entre un prestataire de soins de santé primaires et un spécialiste de la santé mentale.
- Les interventions purement basées sur des soins « indirects » axés sur la collaboration ont prouvé l'amélioration des compétences ou de la confiance des prestataires, mais il y a très peu de preuves jusqu'ici concernant leur impact sur les résultats au niveau du système ou des usagers.
- La communication personnelle semble être préférable aux relations consultatives par courriel ou Internet.

### **Messages clés pour le Groupe B : Programmes traditionnels de soins axés sur la collaboration pour les personnes souffrant de maladie mentale modérée**

- Les dispositions de soins de santé axés sur la collaboration se traduisent par une capacité accrue (p. ex. confiance, compétences) dans le secteur des soins de santé primaires conduisant à une utilisation plus efficace des ressources des soins spécialisés et actifs et, par déduction, à un accès accru aux soins par les personnes ayant une maladie mentale. Elles ont aussi conduit à des résultats améliorés au niveau des usagers.
- Il y a toujours un certain manque de clarté en ce qui concerne les rôles relatifs des prestataires de soins de santé primaires et des spécialistes de même que pour les rôles relatifs aux divers spécialistes.
- Malgré ces défis, la satisfaction générale des dispositions pratiques des soins traditionnels axés sur la collaboration est élevée.
- Cependant, la satisfaction ainsi que la connaissance démontrées par les prestataires de soins de santé primaires relativement aux autres aspects du système de santé mentale formel sont relativement basses.

### **Messages clés pour le Groupe C : Soins axés sur la collaboration pour les personnes souffrant de maladie mentale grave**

- Les soins axés sur la collaboration pour les personnes ayant une maladie mentale grave semblent augmenter leur accès à un dépistage précoce et impliquer l'utilisateur de façon réussie.
- Une stratégie particulièrement réussie concernant l'implication des personnes dans les services de santé mentale est d'abord de fournir des soins de santé généraux.
- Il est prouvé qu'une capacité accrue du secteur des soins de santé primaires se traduit par une utilisation plus efficace et appropriée des ressources des soins d'urgence et actifs.
- Il semble que, afin que les programmes du Groupe C soient efficaces et ce, de façon optimale, ils doivent développer des liens plus solides avec le système de santé mentale formel de la communauté en plus d'aborder des problèmes tels que le logement et le revenu. En d'autres mots, ils doivent aider les gens souffrant de maladie mentale à satisfaire leurs autres besoins fondamentaux en plus de fournir des soins de santé mentale et physique.
- Ces programmes doivent aussi être clairs en ce qui concerne les rôles au sein de l'équipe ainsi que les rôles relatifs aux autres services de santé mentale potentiellement semblables (p. ex. les équipes de traitement communautaire dynamique).

# annexeD

## GLOSSAIRE DES TERMES ET ACRONYMES

### Termes

MEILLEURES PRATIQUES	Technique ou méthodologie dont on a prouvé, par l'expérience et la recherche, la fiabilité à produire le résultat désiré. [Termes interchangeables: «pratiques exemplaires » et « bonnes pratiques »]. <sup>15</sup>
SOINS AXÉS SUR LA COLLABORATION	Un processus interprofessionnel de communication et de prise de décision qui permet de partager les connaissances et compétences distinctes des prestataires de soins de santé et celles du client/patient afin d'influencer de façon synergique les soins dispensés au client/patient. <sup>16</sup>
PRATIQUE EN COLLABORATION	La pratique en collaboration implique la prestation de soins centrés sur le patient par un minimum de deux intervenants de disciplines différentes qui travaillent ensemble avec la personne soignée pour répondre aux besoins évalués de soins de santé. <sup>17</sup>
SOINS DE SANTÉ MENTALE AXÉS SUR LA COLLABORATION	Des soins axés sur la collaboration visant à améliorer les résultats en matière de santé mentale.

15 Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, 2005. Définition maison.

16 Oandasan I. Interdisciplinary education for collaborative patient-centred practice: research and findings report. 20 février 2004. Ottawa: Santé Canada; 2004. p. ii. Disponible en anglais : [http://www.medfam.umontreal.ca/chaire\\_sadok\\_besrou/ressource/PDF/IECPCP\\_Final\\_Report.pdf](http://www.medfam.umontreal.ca/chaire_sadok_besrou/ressource/PDF/IECPCP_Final_Report.pdf)

17 Association médicale canadienne; Association des infirmiers du Canada. Working together: a joint CNA/CMA collaborative practice project, HIV-AIDS example [document d'information]. Ottawa: CMA; 1996. p. 24. Disponible au centre de services aux membres de l'AMC, 1867 prom. Alta Vista Dr., Ottawa ON K1G 3Y6; courriel: [cmamsc@cma.ca](mailto:cmamsc@cma.ca)



USAGER	Un bénéficiaire de soins de santé et de services de soutien connexes dans tout contexte de prestation des soins. [Termes interchangeable: « patient », « consommateur », « client »] <sup>18</sup>
SYSTÈME CENTRÉ SUR L'USAGER	Des soins qui respectent et répondent aux préférences, aux besoins et aux valeurs de chaque patient, s'assurant que les valeurs du patient guident toutes les décisions cliniques. <sup>19</sup>
PARTENAIRES EN SOINS DE SANTÉ	Prestataires de soins primaires et de santé mentale, usagers, familles et aidants naturels.
INTERDISCIPLINAIRE	Une gamme d'activités de collaboration entreprises par une équipe de deux individus ou plus englobant différentes disciplines qui appliquent les méthodes et les approches de leurs disciplines respectives. <sup>20</sup>
SPÉCIALISTE DE LA SANTÉ MENTALE	Un individu possédant une expertise en santé mentale relativement à la promotion de la santé, à la prévention, au diagnostic, au traitement, à l'auto-assistance ou au soutien par les pairs. <sup>21</sup>

18 Adapté de : Association médicale canadienne; Association des infirmières et infirmiers du Canada. Working together: a joint CNA/CMA collaborative practice project. HIV/AIDS example [document d'information]. Ottawa: CMA; 1996. p. 24.

19 Institute of Medicine (U.S.). Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press; 2001. Disponible en anglais : <http://www.nap.edu/catalog/10027.html>

20 Reflète les discussions tenues en janvier 2005 entre différentes initiatives nationales et régionales financées par le Fonds pour l'adaptation des soins primaires.

21 Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, 2004. Définition maison.

## SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Le premier contact de l'individu avec le système de santé caractérisé par un gamme de services de santé complets, coordonnés et continus, comme la promotion de la santé, le diagnostic, le traitement et la gestion des maladies chroniques. Les soins de santé primaires sont dispensés dans de nombreux contextes, comme le lieu de travail, le domicile, l'école, une institution de soins de santé, les cabinets des prestataires de soins de santé, un foyer pour personnes âgées, une maison de soins infirmiers, un centre de jour et une clinique communautaires. Ils sont également offerts par téléphone, par les services d'information en santé et par Internet.<sup>22</sup>

## SOINS DE SANTÉ MENTALE PRIMAIRES

Des services de santé mentale qui sont dispensés dans le contexte des soins de santé primaires.

22 Adapté et traduit de : Mable AL, Marriott J. Sharing the learning: the Health Transition Fund synthesis series: primary health care health. Ottawa: Santé Canada; 2002. Disponible au : [http://www.hc-sc.gc.ca/htf-fass/english/primary\\_en.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/htf-fass/english/primary_en.pdf) et Nova Scotia Advisory Committee on Primary Health Care Renewal. Primary health care renewal: action for healthier Nova Scotians: a report of the Nova Scotia Advisory Committee on Primary Health Care Renewal, Mai 2003. Halifax, NS: NS Department of Health, Nouvelle-Écosse; 2003. p. 1. Disponible au : [http://www.gov.ns.ca/health/primaryhealthcare/pubs/Primary\\_Health\\_Care\\_Renewal\\_Report\\_May\\_2003.pdf](http://www.gov.ns.ca/health/primaryhealthcare/pubs/Primary_Health_Care_Renewal_Report_May_2003.pdf) et Klaiman D. Increasing access to occupational therapy in primary health care. Actualités ergothérapeutiques en ligne. Janvier-février 2004; 6(1). Disponible au : <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=1031>

CONTEXTE DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Les soins de santé primaires sont dispensés dans différents contextes, comme le lieu de travail, le domicile, l'école, une institution de soins de santé, un foyer pour personnes âgées, une maison de soins infirmiers, un centre de jour, un cabinet de médecin de famille et une clinique communautaire. Ils sont également offerts par téléphone, par les services d'information en santé et par Internet.<sup>23</sup>

AUTHORITÉS RÉGIONALES DE LA SANTÉ

Structures de gestion de services de santé plus localisés, habituellement créées par un gouvernement provincial assumant la responsabilité de la prestation et de l'administration des services de santé dans une région géographique donnée.<sup>24</sup>

---

23 Way DO, Busing N, Jones L. Implementation strategies: "Collaboration in primary care — family doctors & nurse practitioners delivering shared care". Toronto: Ontario College of Family Physicians; May 18, 2000. p.3. Available at: <http://www.ocfp.on.ca/English/OCFP/Communications/Publications/default.asp?s=1>

24 Initiative canadienne de collaboration en santé mentale. 2004. Définition maison.

## Acronyms

<b>ACIS</b>	Initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires
<b>Alb.</b>	Alberta
<b>C.-B.</b>	Colombie-Britannique
<b>CEQM</b>	Continuous Enhancement of Quality Measurement
<b>CUPS</b>	Calgary Urban Project Society
<b>ESCC</b>	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
<b>ETP</b>	Équivalent temps plein
<b>GPOT</b>	Geriatric Psychiatry Outreach Team
<b>HSO</b>	Health Service Organization
<b>Î.-P.-É.</b>	Île-du-Prince-Édouard
<b>ICCSM</b>	Initiative canadienne de collaboration en santé mentale
<b>Man.</b>	Manitoba
<b>N.-B.</b>	Nouveau-Brunswick
<b>N.-É.</b>	Nouvelle-Écosse
<b>NCCBH</b>	National Council for Community Behavioural Healthcare
<b>Nun.</b>	Nunavut
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>Ont.</b>	Ontario
<b>Qc.</b>	Québec
<b>SACYHN</b>	Southern Alberta Child & Youth Health Network
<b>Sask.</b>	Saskatchewan
<b>SEED</b>	Support and Education for Primary Care Focusing on the Elderly with Disorders in Mental Health
<b>T.N.-O.</b>	Territoires de Nord-Ouest
<b>T.N.-L.</b>	Terre-Neuve-et-Labrador
<b>TIPP</b>	Transition Into Primary Care Psychiatry
<b>USDHHS</b>	U.S. Department of Health and Human Services
<b>Yn</b>	Territoire du Yukon



# 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
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)