

Nouvelles approches. Collaboration entre dispensateurs de soins primaires et de santé mentale

Nick Kates

Les réseaux intégrés de services
Volume 27, numéro 2, automne 2002

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/014559ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/014559ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Kates, N. (2002). Nouvelles approches. Collaboration entre dispensateurs de soins primaires et de santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 27(2), 93–108. <https://doi.org/10.7202/014559ar>

Résumé de l'article

Au cours des cinq dernières années, une attention particulière a été portée aux façons d'améliorer la collaboration entre les dispensateurs des soins primaires et les services de santé mentale (soins intégrés en santé mentale). Cette démarche reflète une reconnaissance accrue du rôle significatif que les médecins de famille assument déjà presque partout à travers le pays ainsi que la nécessité d'améliorer les relations de travail entre les services de soins primaires et de santé mentale. Cet article passe en revue l'impact de ces facteurs et examine comment le concept de soins intégrés a évolué au Canada. Il décrit les initiatives qui y prennent place en décrivant plus en détails un programme à Hamilton, en Ontario, qui a réuni des conseillers et des psychiatres au cours des huit dernières années. L'article examine les leçons à tirer de cette approche, les possibilités qu'elle offre et son application dans d'autres communautés.



Nouvelles approches. Collaboration entre dispensateurs de soins primaires et de santé mentale

Nick Kates*

Au cours des cinq dernières années, une attention particulière a été portée aux façons d'améliorer la collaboration entre les dispensateurs des soins primaires et les services de santé mentale (soins intégrés en santé mentale). Cette démarche reflète une reconnaissance accrue du rôle significatif que les médecins de famille assument déjà presque partout à travers le pays ainsi que la nécessité d'améliorer les relations de travail entre les services de soins primaires et de santé mentale. Cet article passe en revue l'impact de ces facteurs et examine comment le concept de soins intégrés a évolué au Canada. Il décrit les initiatives qui y prennent place en décrivant plus en détails un programme à Hamilton, en Ontario, qui a réuni des conseillers et des psychiatres au cours des huit dernières années. L'article examine les leçons à tirer de cette approche, les possibilités qu'elle offre et son application dans d'autres communautés.

A lors que dans la plupart des communautés au Canada (Kates et al., 1997) les dispensateurs de soins primaires jouent déjà un rôle significatif dans la prestation des soins en santé mentale, la relation avec les services de santé mentale n'est pas toujours aussi productive ou d'un aussi grand soutien qu'on le souhaiterait (Craven et al., 1997). La situation commence à changer et de nouveaux modèles de collaboration se développent dans différentes parties du pays (Kates et Ackerman, 2002). Cet article passe en revue des facteurs qui contribuent à ces changements et décrit certains des nouveaux modèles qui ont été développés, soulignant en particulier un programme qui intègre conseillers et psychiatres aux bureaux de 90 médecins de famille à Hamilton, en Ontario.

Relation actuelle entre santé mentale et soins primaires

Trois facteurs contribuent à faire réévaluer la relation entre les soins primaires et la santé mentale. Le premier est le rôle majeur mais souvent peu apprécié que les soins primaires assument déjà dans la prestation des soins de santé mentale. Le second est la restructuration du système de santé, y compris la réforme des soins primaires. Le troisième facteur est

* M.B., B.S., FRCP (C), professeur, Department of psychiatry and behavioural neurosciences, McMaster University, Hamilton, Ontario.

le désir d'aborder les problèmes qui surgissent dans la relation entre les deux secteurs.

Le rôle des soins primaires dans la prestation des services en santé mentale

Des données provenant d'études de population comme le sondage effectué en Ontario (Ontario Mental Health Supplement of the Ontario Health Survey) (Lesage et al., 1997) révèlent qu'une grande partie des services de santé mentale pour les individus souffrant de maladies mentales graves est dispensée par le médecin de famille. Cette étude a démontré que 35 % des individus étaient vus uniquement par ce médecin, 40 % par un service de santé mentale seulement et 25 % par les deux dans une forme ou une autre de soins intégrés. Il est intéressant de constater qu'on n'a pas trouvé de différence dans la nature des problèmes des divers secteurs ni non plus dans la gravité des problèmes. Ces résultats, conformes à d'autres études (Regier et al., 1993), suggèrent que le médecin de famille soigne déjà un grand nombre de personnes aux prises avec des maladies mentales graves. Toutefois, ce ne sont pas nécessairement les cas les plus graves qui aboutissent aux services de santé mentale.

Des données additionnelles du sondage de l'Ontario indiquent qu'au cours d'une période d'un an, 72 % des personnes souffrant de maladies mentales graves ne recevaient pas de soins en santé mentale mais que 81 % de la population consultait le médecin de famille (Lesage et al., 1997). Pour les services de santé mentale, deux répercussions sont majeures.

Premièrement, les modèles traditionnels de prestation des soins ne semblent pas fonctionner pour bon nombre de personnes. Pour rejoindre ces gens — particulièrement pour détecter tôt les problèmes — nous devons trouver de nouvelles approches de traitement et repenser la façon de dispenser les soins, travailler plus étroitement avec les ressources communautaires et intégrer davantage nos services au sein de la communauté.

Deuxièmement, la majorité de ces individus visiteront leur médecin de famille au cours d'une période de 12 mois ; les soins primaires semblent donc l'endroit logique où dispenser les services en santé mentale.

Solidifier le rôle des soins primaires dans la dispensation de ces services peut aussi accroître les taux de traitement des problèmes comorbides (Frasure-Smith, 1993). Ce résultat est significatif, car la preu-

ve est faite que le traitement de ces troubles co-morbides (habituellement la dépression et l'anxiété) contribue à améliorer l'obéissance au traitement et les résultats ainsi qu'à réduire le coût des soins (Simon et al., 1995). Cela pourrait aussi mener à dispenser des soins à des populations spécifiques qui sous-utilisent traditionnellement les services de santé mentale. Ces groupes peuvent comprendre les personnes âgées, les jeunes, les itinérants et des individus de diverses origines ethniques, qui tous peuvent être plus à l'aise avec leur médecin de famille qu'avec les cliniques traditionnelles de santé mentale.

Restructuration du système de santé et réformes des soins primaires

Plusieurs régions du Canada ont récemment vécu une restructuration à la fois des services hospitaliers et des soins primaires. Bien que les restructurations visent chacune des buts particuliers, elles ont aussi plusieurs éléments en commun. La restructuration des hôpitaux, par exemple, vise à en transférer les ressources à la communauté (habituellement les soins primaires), tout en renforçant les liens entre spécialistes et dispensateurs de soins primaires. En même temps, la réforme des soins primaires (Santé Canada, 1995) vise à renforcer leur rôle comme filtre et pierre angulaire du système de santé et à intégrer un éventail plus complet de services au sein de milieux des soins primaires.

Les thèmes qui lient ces réformes à une vision des soins primaires comme base sur laquelle bâtir le système de soins, avec un éventail de services bien intégrés et des liens solides avec les secteurs secondaire et tertiaire de soins — s'appliquent particulièrement à la relation entre soins primaires et services de santé mentale. Toutefois, comme les attentes des médecins de famille continuent de s'accroître, souvent sans ressources supplémentaires, cette vision peut seulement être atteinte si de nouveaux modèles de collaboration sont développés et soutenus.

Résoudre les problèmes entre santé mentale et soins primaires

Le désir de développer de nouveaux modèles de collaboration pour appuyer et rehausser le rôle des dispensateurs de soins primaires est suscité en partie par la nécessité d'aborder les problèmes qui affligent la relation actuelle entre services de santé mentale et soins primaires. Des études canadiennes (Kates et al., 1997), conformes aux données d'autres pays (CWGSMHC, 2000), ont identifié des problèmes significatifs : difficultés de communications, manque de contacts personnels entre dispensateurs, procédures lourdes et inefficaces en santé mentale. Ces problèmes sont tous vus par les médecins de famille comme des anomalies en comparaison avec d'autres spécialités. Par-dessus tout, ces médecins

estiment que les dispensateurs des services de santé mentale ne reconnaissent pas son rôle dans ce domaine.

Vers un nouveau modèle de services — soins intégrés en santé mentale

Bien qu'il existe à la fois un besoin et un désir d'améliorer la façon dont les services de santé mentale et de soins primaires fonctionnent ensemble, modifier des pratiques bien ancrées requiert non seulement de nouveaux modèles cliniques mais aussi des changements dans les attitudes.

Ces nouvelles approches tiennent dans le terme de « soins intégrés en santé mentale » (Kates et al., 1997). Les soins intégrés décrivent des collaborations entre dispensateurs de divers secteurs et services qui partageront la responsabilité des soins qu'une personne reçoit. En travaillant ensemble, ils seront en mesure de mettre leurs ressources en commun selon les besoins d'une personne, la disponibilité des services et leurs habiletés respectives.

En procédant ainsi, ils tenteront de s'assurer qu'une personne rejoint les services nécessaires au moment où elle en a besoin ; d'améliorer les communications et les contacts personnels entre dispensateurs ; d'accentuer la continuité des soins ; et de s'assurer mutuellement du soutien. Les modèles de soins intégrés ont aussi le potentiel de répondre au manque de ressources et d'accroître les capacités de système, car la présence de services d'arrière-plan et de soutien pour des services moins spécialisés peut permettre de traiter un plus large éventail de cas.

Bien que plusieurs approches de collaboration soient possibles, il est important que la pratique des soins intégrés soit basée sur les principes suivants (Kates et al., 1997) :

- Tous les services sont partie intégrante d'un système interdépendant de soins.
- Aucun programme ne peut seul dispenser tous les services nécessaires à une personne.
- Les rôles et les responsabilités doivent être clairs.
- Alors qu'un dispensateur peut agir comme leader, les autres services doivent demeurer impliqués et disposés à réactiver les soins rapidement si nécessaire.
- Les relations de collaboration sont basées sur le respect mutuel et la confiance.
- Les modèles de collaboration doivent être adaptés à la disponibilité des ressources et aux habiletés respectives et au confort des partenaires.

- Les partenaires peuvent se soutenir les uns les autres et partager les ressources.
- Les clés d'une collaboration réussie sont les contacts personnels solides et une communication régulière et claire.

En 1996, reconnaissant les bienfaits d'une meilleure collaboration pour les patients et les dispensateurs, l'Association canadienne des psychiatres et le Collège des médecins de familles du Canada ont entrepris de faciliter la mise en place des soins intégrés à travers le pays. La publication d'une position commune en 1997 (Kates et al., 1997) fut suivie par la création d'un groupe de travail chargé d'implanter ces recommandations et de favoriser la collaboration à travers le pays.

Le groupe de travail a, depuis, créé un réseau entre collègues intéressés au sujet. Il a élaboré des recommandations afin d'améliorer les programmes d'enseignement et les activités de formation continue des médecins de famille. Il a revendiqué auprès des autorités gouvernementales un support additionnel pour des projets de collaboration et regroupé des individus intéressés à poursuivre la recherche en ce domaine.

D'autres activités spécifiques du groupe de travail incluent la production d'un rapport d'activités (Craven et Bland, 2002), la publication d'une bibliographie annotée de projets en cours et la production d'un compendium (Kates et Ackerman, 2002). Le comité national a aussi joué un rôle clé dans l'établissement d'une conférence annuelle portant sur les soins intégrés.

Nouveaux projets de collaboration

Les cinq dernières années ont vu émerger bon nombre de programmes innovateurs de collaboration (Kates et Ackerman, 2002). Bien que l'étendue et les ressources disponibles pour ces programmes varient énormément, il existe plusieurs similitudes quant à leurs objectifs ou à leurs principes directeurs.

Certains de ces projets visent à rendre les services de santé mentale plus accessibles. Ces programmes ont atteint cet objectif soit en simplifiant les procédures de référence soit en faisant la promotion de réponses plus rapides aux demandes des médecins de famille. Certains programmes ont ciblé des populations particulières telles les communautés immigrantes ou les personnes itinérantes dont les besoins ne sont pas comblés par les modèles actuels de services. Plusieurs de ces projets innovateurs servent de leçons importantes pour d'autres dispensateurs qui cherchent de nouvelles façons d'aborder des problèmes que les approches traditionnelles n'arrivent pas à résoudre.

Ces programmes ont développé des modèles créatifs de dispensation de services pour les individus en région isolée. Dans ces situations, le travailleur en santé mentale doit fonctionner non seulement comme consultant mais aussi en tant qu'éducateur et ressource pour les autres dispensateurs dans cette communauté, en particulier les médecins de famille, en les aidant à adapter leurs habiletés aux autres individus qu'ils soignent et à développer de nouveaux programmes.

Une étape plus avancée de l'évolution des soins intégrés a été le transfert des services de santé mentale vers les milieux de soins primaires. De tels projets existent maintenant en nombre grandissant à travers le Canada (Kates et Ackerman, 2002). Certains incluent un psychiatre qui visite une clinique de soins primaires pendant de brèves périodes au cours d'un mois. D'autres ont des équipes de santé mentale qui travaillent en milieu de soins primaires où elles prodiguent des soins aux patients et discutent une ou deux fois par mois avec les dispensateurs de soins primaires. De plus en plus de programmes ont intégré conseillers et psychiatres au sein de milieux de soins primaires. Un exemple d'un tel milieu est le programme de santé mentale et de nutrition de Hamilton (HSO Mental Health and Nutrition Program), le plus important du genre au Canada (Kates et al., 1997b; Kates et al., 2002b).

Le programme de santé mentale et de nutrition de Hamilton

Le programme de santé mentale et de nutrition du Hamilton Health Service Organization (HSO) a été établi en 1994. Il a intégré conseillers et psychiatres dans les bureaux de 87 médecins de famille desservant 170 000 personnes de Hamilton, une ville de 460 000 habitants du sud de l'Ontario.

Les conseillers sont rattachés en permanence à chaque bureau participant, avec un ratio d'environ un conseiller (équivalent temps plein) par 7 500 à 8 000 patients. De grandes cliniques auront jusqu'à deux conseillers à temps complet alors que les plus petites pourraient avoir un conseiller sur place mais à trois demi-journées par semaine. Les conseillers sont principalement des infirmières ou des travailleurs sociaux détenant une maîtrise ou encore un baccalauréat. Toutes ces personnes ont une expérience de travail dans les services de santé mentale, y compris auprès d'individus qui souffrent de maladies graves. Chaque bureau reçoit aussi la visite du psychiatre consultant, en moyenne une demi-journée par médecin de famille par mois. Tous les psychiatres travaillent aussi dans d'autres services de santé mentale et consacrent en moyenne une ou deux demi-journées chaque semaine aux soins primaires.

Le conseiller et le psychiatre accueilleront tous les cas référés par le médecin de famille, enfants, adultes, personnes âgées, traitant un vas-

te éventail de problèmes, y compris des cas graves ou présentant des conditions médicales co-morbides. L'accent est mis sur les soins à court terme mais les personnes peuvent être vues à plus long terme si nécessaire. Psychiatres et conseillers donneront aussi des informations pertinentes aux médecins de famille sur des modalités spécifiques de traitement.

Les discussions de cas constituent une partie importante du travail du psychiatre qui assiste le conseiller et le personnel prodiguant les soins primaires dans la gestion des cas qui ne requièrent pas d'évaluation formelle ou encore dans le suivi de cas déjà vus. Le psychiatre est aussi disponible entre les visites pour des consultations téléphoniques à l'intention des conseillers et des médecins de famille.

Les activités de chaque bureau sont coordonnées par une équipe centrale de gestion qui sert aussi d'agence de transfert de paiement pour le ministère chargé de financer ces programmes (Ontario Ministry of Health and Long Term Care). Cette équipe est responsable de l'allocation des ressources, de leur organisation et de la surveillance des standards des programmes. Elle est aussi chargée de l'évaluation. Elle fournit des formations professionnelles et d'autre soutien aux bureaux et crée des liens avec le réseau de santé local et avec les agences communautaires.

La demande pour de tels services a été élevée. En 2001, les médecins de familles ont référé 4 108 personnes au programme. Le conseiller en a vu 72 %, le psychiatre 15 %, et les deux ensemble 13 %. Le nombre d'individus référés par chaque médecin participant pour une évaluation générale en santé mentale s'est multiplié par onze (passant de 5 par année à 58) depuis le début du programme, alors que les cas référés par ces médecins aux cliniques externes locales ont diminué de plus de 60 %. Le nombre d'hospitalisation de patients de ces bureaux a diminué d'environ 10 % depuis la mise sur pied du programme (Kates et al., 1997).

Le programme utilise l'échelle de mesure du Centre for Epidemiological Studies-Depression rating scale (CES-D), le questionnaire General Health Questionnaire (GHQ) et le formulaire Short Form 36 (SF36) pour mesurer les résultats de ces patients. Ces formulaires sont complétés à la toute première visite ainsi qu'à la fin du traitement. Ils ont montré une amélioration clinique significative (réduction des symptômes) à la fois par une réduction dans l'ensemble des scores à ces échelles et par une diminution du nombre d'individus répondant au critère de base pour être considéré un « cas » lors de l'admission et au moment du congé (Kates et al., 2002b).

Le taux de satisfaction pour le programme chez les utilisateurs des services, tel qu'évalué par le questionnaire (complété à la fin du traitement) et par le questionnaire de satisfaction de la consultation (complété après la première visite), s'est maintenu à plus de 90 %. Les sondages développés par le programme et complétés par tous les médecins, conseillers et psychiatres à tous les deux ans ont aussi démontré de façon consistante un niveau de satisfaction de plus de 90 % (Farrar et al., 2001).

Les raisons du succès

Un nombre d'éléments clés ont contribué au succès du programme, notamment le partenariat entre les dispensateurs de soins primaires et de santé mentale. Dès le début, les médecins de famille ont été impliqués dans tous les aspects de la conception et du développement du programme. Ils ont contribué au contenu et au format de l'évaluation alors que des rencontres régulières ont permis d'identifier des problèmes et d'ajuster le programme en conséquence. Le programme a toujours répondu aux besoins des pratiques individuelles qui peuvent adapter le mode de fonctionnement à leurs demandes particulières.

Le soutien aux conseillers

Travailler en tant que conseiller aux soins primaires peut être une expérience de stress et d'isolement, en particulier au sein d'un petit bureau. Le programme vient en aide aux équipes afin qu'elles trouvent un espace pour les conseillers et organisent des rencontres régulières où ils peuvent échanger des idées sur les activités et prendre connaissance des nouveaux développements au sein du système de santé mentale. Chaque conseiller dispose de deux heures par mois pour parfaire des formations particulières ou participer à des événements éducatifs, et le programme organise régulièrement des ateliers de formation, qui sont ouverts aux médecins de famille. Les conseillers reçoivent aussi un soutien continu du psychiatre consultant lors des visites à la clinique ou encore par téléphone.

Communication et contacts réguliers entre dispensateurs

Le contact quotidien entre conseillers et médecins de famille est crucial pour le succès du modèle. Il permet à chacun de demeurer au fait des progrès des patients et fournit des occasions de discuter d'autres cas, d'aborder des problèmes ou des questions ou encore d'échanger de l'information et d'apporter du support mutuel. Incrire des notes au dossier médical assure aussi une bonne coordination des soins.

Un nouveau personnel préparé pour les soins primaires

Pour assurer que les conseillers et les psychiatres sont en mesure de prodiguer efficacement des soins primaires, le programme procède à une sélection attentive des candidats. Les critères utilisés comprennent la compréhension et le respect des soins primaires et de leurs dispensateurs ; la flexibilité et la capacité de s'ajuster à des environnements non-traditionnels de travail ; une volonté et un intérêt pour développer des habiletés psychiatriques générales ; et une connaissance des modèles de traitement. Les ateliers d'orientation préparent ensuite les conseillers et les psychiatres à répondre aux besoins et aux attentes des bureaux où ils travailleront.

L'équipe centrale de gestion : un rôle de coordination

Même avec un projet à petite échelle, il est important qu'un individu ou une équipe ait la responsabilité de coordonner le projet et d'aborder les diverses questions qui peuvent surgir. À mesure que le programme prend de l'expansion, cela devient encore plus important.

Leçons de l'expérience du programme

Relation entre services de santé mentale et soins primaires

Cette approche permet une meilleure utilisation des services de santé mentale. Les cas référés font l'objet d'un triage attentif et sont donc plus susceptibles d'avoir besoin des services demandés. Les individus peuvent prendre leur congé plus rapidement des services internes ou externes en sachant que le suivi est disponible au bureau de leur médecin.

En théorie, les soins primaires en santé mentale devraient compléter les programmes des cliniques externes traditionnelles de santé mentale. Ces services externes et les soins primaires doivent être conçus comme faisant partie d'un continuum, au lieu d'être en compétition. Idéalement, tous les cas qui peuvent être traités par les soins primaires, le seront alors que les cas nécessitant des interventions additionnelles feront l'objet d'une référence. Cela requiert un travail efficace de liaison entre les deux services, particulièrement si le personnel des soins primaires n'est pas rattaché à une clinique externe. Il existe par ailleurs des différences importantes entre services primaires en santé mentale et soins externes.

Les soins primaires en santé mentale sont moins compartimentés. Alors que dans plusieurs endroits, les cliniques psychiatriques externes sont subdivisées selon l'âge (enfants/adultes/services gériatriques), la

nature du problème (anxiété/dépression), ou le service à offrir (psychothérapie/programmes de réadaptation), ces divisions ne s'appliquent pas aux soins primaires en santé mentale. Le dispensateur des soins primaires verra un nouveau patient de n'importe quel âge et présentant n'importe quel problème, et il en sera de même pour le conseiller. Cela permet une meilleure intégration des modalités de traitement et une vision globale de l'individu.

Une approche favorisant de nouvelles possibilités

L'éducation du patient

Le conseiller peut disposer de plus de temps que le médecin de famille pour expliquer aux patients des problèmes spécifiques ou pour clarifier des questions de santé mentale. Les conseillers peuvent aussi être familiers avec un éventail plus large de matériel éducatif.

Les soins primaires peuvent aussi offrir des groupes d'appui aux personnes qui ont un problème commun : dépression, faible estime de soi ou encore un enfant souffrant de déficit d'attention et d'hyperactivité. Les participants peuvent bénéficier du conseiller lorsque des questions surgissent dans leur groupe de soutien.

Pour accentuer le dépistage et une intervention rapide

L'accès rapide aux services de santé mentale semble accroître le taux des dépistages par les médecins de famille et leur capacité de traiter les problèmes de santé mentale. Les interactions éducationnelles et les contacts avec le conseiller et le psychiatre peuvent rendre ces médecins plus conscients de la façon dont les problèmes spécifiques se présentent.

La prévention

De nouvelles possibilités de soins primaires peuvent se présenter qu'on ne trouve pas dans les services externes. Ainsi, les dispensateurs de soins primaires sont en mesure d'identifier les personnes à risque : personnes âgées de 65 et plus, gens vivant seuls ou ayant un historique de dépression ou encore personnes ayant connu un deuil récent. Leur traitement et leur progrès peuvent être évalués de façon périodique par des visites régulières. Autre exemple : les individus qui ont connu un épisode de psychose. Toutes ces personnes peuvent donc être suivies de façon périodique afin d'assurer que les traitements sont appropriés, que la médication est rajustée et les références, effectuées aux services communautaires pertinents.

Une autre approche est de placer une étiquette de couleur sur le dossier de chaque patient ayant un facteur de risque particulier — infarctus du myocarde récent, séparation familiale, etc. afin que des questions pertinentes soient posées chaque fois que le patient se présente. Une autre idée est d'inclure dans les dossiers de populations spécifiques trois ou quatre questions que l'on pose à chaque visite. Pour identifier des problèmes de déficit d'attention chez les enfants, par exemple, un parent d'enfant de moins de 12 ans peut être questionné au sujet des relations de son enfant avec les autres du même groupe d'âge, sur les différends avec les parents, la performance à l'école et le potentiel de distraction, à chaque visite (en présence ou non de l'enfant). Une réponse positive peut suggérer que l'enfant doit être suivi. Cela peut être renforcé en ajoutant au dossier une liste de symptômes ou de questions spécifiques.

Une meilleure intégration des soins physiques et émotionnels

Un problème auquel font face plusieurs personnes souffrant de problèmes graves de santé mentale est le manque de soins médicaux appropriés. Rehausser le traitement qu'elles reçoivent dans leur milieu de soins primaires et les mettre en contact avec un intervenant en santé mentale de cette clinique se traduit par des soins médicaux non seulement surveillés de près mais aussi mieux intégrés au traitement de la maladie mentale.

Les populations mal desservies

Lorsqu'on travaille avec les dispensateurs de soins primaires susceptibles d'avoir un intérêt pour des populations spécifiques, il devient plus facile de rejoindre certains groupes tels les communautés ethniques qui sous-utilisent les services de santé mentale mais consultent leurs médecins de famille. Cela fait des soins primaires probablement le seul endroit où leurs problèmes peuvent être détectés et traités.

Des occasions d'apprentissage

Des soins prodigués en collaboration dans des milieux de soins primaires offrent des occasions enrichissantes d'apprentissage. Ceux qui désirent apprendre voient en pleine élaboration cette collaboration entre soins primaires et santé mentale et apprennent de première main la nature de ces soins. De plus, les résidents peuvent non seulement être observés quand ils font des entrevues mais voir aussi leur superviseur interviewer les patients, une occasion peu fréquente en d'autres milieux.

Épargner des coûts

Il est fort probable que cette approche permet d'épargner des coûts dans bon nombre de domaines, bien que davantage de données doivent être recueillies avant d'en faire la preuve. Des économies peuvent être faites grâce à un usage plus efficace de la médication par le médecin de famille, à des interventions à un stade précoce du problème, à une diminution des coûts médicaux en traitant une condition co-morbide, et à une utilisation plus efficace des services externes en raison d'un meilleur triage aux soins primaires.

Des applications plus larges du modèle

Les composantes majeures de ce modèle sont séparables et chacune peut être appliquée dans la plupart des communautés. Ces composantes sont les suivantes : des conseillers rattachés à des milieux de soins primaires, des psychiatres visitant les milieux de soins primaires pour des consultations cliniques, des examens spécifiques de cas et un suivi téléphonique. Bien que les communautés puissent ne pas disposer des ressources pour lancer un programme qui comprenne toutes ces composantes, elles peuvent fournir des liens importants entre les services de soins primaires et de santé mentale. Ces services peuvent être implantés sans ressources additionnelles à court terme.

Cette approche peut s'appliquer à d'autres spécialités, en particulier aux services ambulatoires ou qui ne requièrent pas beaucoup d'équipement technologique. À Hamilton, par exemple, un programme de nutrition (administré par le HSO Mental Health Program) réunit des professionnels en diététique dans les bureaux des mêmes médecins de famille. Dans un programme distinct, un pharmacologue visite un milieu où l'on prodigue des soins primaires afin de suivre la médication et les interactions des patients pour huit médicaments ou plus (Sellors et al., 2001).

D'autres spécialistes tels que des endocrinologues ou des pédiatres peuvent avoir un rôle plus circonscrit dans les soins primaires que dans une clinique mais pourraient établir des partenariats productifs avec les dispensateurs de soins primaires. Comme pour la psychiatrie, l'accent devrait être mis sur la consultation. Les spécialistes pourraient aussi appuyer le médecin de famille dans la gestion d'autres cas et fournir des informations pertinentes au sujet des nouveaux développements dans leur domaine d'expertise.

Orientations futures

Trois projets majeurs sont planifiés pour les deux prochaines années. Le premier examinera le rôle qu'une équipe de santé mentale peut jouer auprès de personnes souffrant de problèmes médicaux chroniques, particulièrement les maladies cardiovasculaires. Le deuxième évaluera l'impact des approches de traitements standardisés pour des problèmes spécifiques de santé mentale dans les soins primaires. Le troisième utilisera des projets pilotes afin de colliger des données d'évaluation dans les bureaux et de fournir du matériel éducatif aux patients.

Conclusion

Vu l'intérêt grandissant pour la collaboration entre dispensateurs de services en santé mentale et soins primaires, il existe un nombre croissant de programmes qui ont démontré comment y parvenir. Les objectifs de ces programmes prévoient améliorer l'accès aux soins de santé mentale, accroître les habiletés et le confort des dispensateurs de soins primaires dans le traitement des patients souffrant de problèmes de santé mentale et intégrer les services de santé mentale au sein des soins primaires. Un programme qui a atteint cet objectif avec succès est le programme de santé mentale et de nutrition de Hamilton.

Il sera important de solidifier cette base à mesure que les communautés et les programmes trouveront de nouvelles façons d'améliorer les relations de travail entre dispensateurs de services de santé mentale et de soins primaires. Il sera aussi important de renforcer les liens entre ces programmes et ces communautés afin qu'ils tirent les leçons de leurs expériences respectives.

Références

- COLLABORATIVE WORKING GROUP ON SHARED MENTAL HEALTH CARE, 2000, *Shared Mental health Care in Canada: Current Status, Commentary and Recommendations*, publié par CPA et CFPC, décembre.
- CRAVEN, M., BLAND, R., 2002, Shared Mental Health Care: A bibliography and overview, supplément du *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 2, avril.
- CRAVEN, M., COHEN, M., CAMPBELL, D., WILLIAMS, J., KATES, N., 1997, Mental health practices of Ontario physicians: A study using qualitative methodology, *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 943-949.
- FARRAR, S., KATES, N., CRUSTOLO, A., NIKOLAOU, L., 2001, An integrated model for mental health care. Are health care providers satisfied with it? *Canadian Family Physician*, décembre, 47, 2483-8.

- FRASURE-SMITH, N., LESPERANCE, F., TALAJIC, M., 1993, Depression following myocardial infarction, *JAMA*, 270, 1819-1825.
- HEALTH CANADA, 1995, *A Model for the Reorganization of Primary Care and the Introduction of Population Based Funding, The Victoria Report*, The Advisory Committee on Health Services, Ottawa.
- KATES, N., 1999, APA, Significant Achievement Award — Bringing mental health services into the offices of primary care physicians, *Psychiatric Services*, 50, 11.
- KATES, N., ACKERMAN, S., 1997, *Shared Mental Health Care in Canada: A Compendium of Current Projects*, publié par Canadian Psychiatric Association et College of Family Physicians of Canada, mai.
- KATES, N., CRAVEN, M., BISHOP, J., CLINTON, T., KRAFTCHECK, D., LECLAIR, K., LEVERETTE, J., NASH, L., TURNER, T., 1997, Shared Mental Health Care in Canada, Supplément du *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 8 et *Canadian Family Physician*, 43.
- KATES, N., CRAVEN, M., CRUSTOLO, A., NIKOLAOU, L., 1997b, Integrating mental health services into the family physicians office: A Canadian program, *General Hospital Psychiatry*, 19, 324-332.
- KATES, N., CRAVEN, M., CRUSTOLO, A., NIKOLAOU, L., ALLEN, C., FARRAR, S., Sharing Care: The psychiatrist in the family physician's office, *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 9, 960-965.
- KATES, N., CRUSTOLO, A., FARRAR, S., NIKOLAOU, L., 2002, The counsellor in the family physician's office, à paraître dans *Canadian Journal of Psychiatry*, octobre.
- KATES, N., CRUSTOLO, A., FARRAR, S., NIKOLAOU, L., 2001, Integrating mental health services in primary care: Lessons learnt, *Families, Systems and Health*, 19, 1, janvier, 5-12.
- LESAGE, A., GOERING, P., LIN, E., 1997, Family physicians and the mental health system: A report from the mental health supplement to the Ontario health survey, *Canadian Family Physician*, 43, 251-256.
- REGIER, D. A., NARROW, W. E., RAE, D. S., MANDERSCHIED, R. W., LOCKE, B. Z., GOODWIN, S. K., 1993, The de facto US mental and addictive service system. Epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services, *Archives of General Psychiatry*, 50, 85-94.
- ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS AND ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS, 1993, *Shared Care of Patients with Mental Health Problems*, London.
- SELLORS, J., SELLORS, C., WOODWARD, C., DOLOVICH, L., POSTON, J., TRIM, K., HARDCASTLE, L., 2001, Expanded role of pharmacists consulting in fami-

ly physicians offices — a highly acceptable program model, *Canadian Pharmaceutical Journal*, 134, 17, 27-31.

SIMON, G. E., VON KORFF, M., BARLOW, W., 1995, Health care costs of primary care patients with recognized depression, *Archives of General Psychiatry*, 52, 850-856.

ABSTRACT

Shared Mental Health Care: New approaches to collaboration between mental health and primary care providers

Over the last five years, increasing attention has been paid to ways of improving collaboration between mental health and primary care services (shared mental health care). This reflects a growing recognition of the significant role that family physicians already play in handling mental health problems of Canadians in almost every community across the country and the need to improve the working relationships between mental health and primary care services. This paper reviews the impact of these factors and looks at how the concept of shared care has evolved in Canada. It describes initiatives taking place across the country, focusing in detail on one program in Hamilton, Ontario, that has brought counsellors and psychiatrists into primary care settings for the last eight years. It looks at lessons that can be learned from this approach, the opportunities it offers and its applicability to other communities.

RESUMEN

Nuevas aproximaciones. Colaboración de dispensadores de cuidados primarios y los servicios de salud mental (cuidados integrados en salud mental)

En los últimos cinco años una atención particular ha sido dada a las maneras de mejorar la colaboración entre los dispensadores de cuidados primarios y los servicios de salud mental (cuidados integrados en salud mental). Este paso refleja un reconocimiento aumentado del papel significativo que tienen los médicos de familia en casi todas las partes del país así que la necesidad de mejorar las relaciones de trabajo entre los servicios de cuidados primarios y de salud mental. Este artículo pasa en revista el impacto de esos factores y examina como el concepto de cuidados integrados ha evolucionado en Canadá. Describe ciertas iniciativas describiendo con más detalles un programa en Hamilton, en Ontario, el cual ha reunido consejeros y psiquiátricos durante los últimos ocho años. El artículo saca fruto de esta aproximación, las posibilidades que ofrece y su aplicación a otras comunidades.

RESUMO**Novas abordagens. Colaboração entre fornecedores de cuidados primários e de saúde mental**

Durante os últimos cinco anos, uma atenção especial foi dada à maneira de melhorar a colaboração entre os fornecedores de cuidados primários e os serviços de saúde mental (cuidados integrados em saúde mental). Este processo reflete um reconhecimento profundo do importante papel que os médicos de família já assumem em quase todo o Canadá, além da necessidade de melhorar as relações de trabalho entre os serviços de cuidados primários e de saúde mental. Este artigo analisa o impacto destes fatores e examina como o conceito de cuidados integrados evoluiu no Canadá. Ele apresenta as iniciativas que foram tomadas descrevendo em detalhes um programa desenvolvido em Hamilton, em Ontário, que reuniu conselheiros e psiquiatras durante os últimos oito anos. O artigo examina as lições tiradas desta abordagem, as possibilidades que ela oferece e sua aplicação em outras comunidades.