

Expérience d'une équipe de santé mentale de première ligne dans l'optimisation des soins

David Robitaille et Dorice Boudreault

Volume 34, numéro 1, printemps 2009

Santé mentale en première ligne

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/029769ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/029769ar>

[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

Robitaille, D. & Boudreault, D. (2009). Expérience d'une équipe de santé mentale de première ligne dans l'optimisation des soins. *Santé mentale au Québec*, 34(1), 207–219. <https://doi.org/10.7202/029769ar>



Expérience d'une équipe de santé mentale de première ligne dans l'optimisation des soins

David Robitaille*

Dorice Boudreault**

Le traitement efficace des problèmes de santé mentale exige des connaissances diversifiées et le recours à l'expertise de nombreuses disciplines. Il est possible d'améliorer l'accessibilité à des soins de qualité et l'efficacité des interventions en enrichissant les échanges cliniques au sein d'un réseau de collaboration. C'est dans cet esprit que nous présentons le modèle d'une équipe de santé mentale de première ligne qui offre en périphérie de Montréal son expertise aux différents intervenants de la communauté d'un réseau local de services.

La pratique en santé mentale de première ligne présentée repose sur des concepts clés essentiels : le travail interdisciplinaire (Larivière et Savoie, 2002 ; Hébert, 1997), la hiérarchisation des soins, la confiance en l'expertise des partenaires, le soutien clinique aux intervenants moins spécialisés en santé mentale, les interventions proactives dans la communauté et la pratique basée sur les données probantes. Ces concepts sont à la base des modèles d'organisation des services considérés les plus adéquats pour répondre aux besoins des clientèles aux prises avec des problèmes chroniques et complexes, soit les modèles de gestion des maladies chroniques (Wagner et al., 2001 ; Aucoin, 2005), de soins en collaboration (ou soins partagés) (Burley, 2002 ; Kates et al., 2001 ; CPA/CFPC, 2003) et des réseaux intégrés de santé (Fleury, 2005). Dans le cadre du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* du ministère de la Santé et des Services sociaux, les réseaux locaux de services ont la responsabilité de développer des soins de collaboration en première ligne et d'optimiser leur dispositif local de dispensation de soins. Cet article a pour but de stimuler la réflexion sur les pratiques efficaces en santé mentale de première ligne. Il vise aussi à informer nos collègues sur les composantes clés d'un modèle efficace et sur les éléments de succès de son implantation, particulièrement dans le contexte d'un milieu périphérique.

* M.D., FRCPC, psychiatre, CSSS du Suroît.

** M.D., M. Sc., omnipraticienne, CLSC de Salaberry-de-Valleyfield du CSSS du Suroît.

Description du contexte local

L'équipe de santé mentale de première ligne dont le modèle est abordé ici a été implantée sur le territoire du Suroît, qui compte une population d'environ 55 000 personnes. On y retrouve proportionnellement plus de personnes qui vivent sous le seuil de faible revenu (19 % c. 14 % en 2000) et de prestataires de l'aide sociale (11 % c. 6 % en 2005) que dans le reste de la Montérégie (Dufour, 2008). On y dénombre notamment un nombre important d'ouvriers et de personnes sous-scolarisées. Le chômage y est important (Dufour et Savoie, 2007). La position géographique de la ville de Salaberry-de-Valleyfield, le faible coût des loyers, la notoriété des ressources locales d'aide aux itinérants et l'abondance de drogue y attirent plusieurs itinérants. La toxicomanie est un problème majeur de santé publique en raison de l'importation illégale de drogue et de cigarettes aux frontières américaines qui sont à proximité. Une partie de la clientèle traitée sur le territoire est ainsi comparable en termes de sévérité et de multiplicité des problématiques, avec celle du centre-ville de Montréal.

La communauté bénéficie d'un hôpital et de divers services spécialisés en santé mentale dont les ressources demeurent limitées. Ces services spécialisés sont constitués de deux cliniques externes, d'un centre de jour, d'une équipe de suivi intensif dans le milieu, d'une salle d'urgence hospitalière, d'une unité d'hospitalisation brève de cinq lits ainsi que d'une unité d'hospitalisation de trente-quatre lits. Le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) du Suroît et son département de psychiatrie (neuf psychiatres pour adultes) doivent cependant voir à ce que ces services de 2^e ligne desservent aussi deux territoires voisins (CSSS Vaudreuil-Soulanges et CSSS du Haut-Saint-Laurent), pour une population cible totale de 215 000 personnes. Au total, pour le secteur du CSSS du Suroît (55 000 personnes) dont fait l'objet cet article, quinze professionnels travaillent au sein des services externes de 2^e ligne. En première ligne sur ce même territoire local, les services sont dispensés par quatre cliniques médicales privées (vingt-six omnipraticiens) et un centre local de services communautaires (CLSC) qui comprend deux points de services (neuf omnipraticiens). Il existe aussi localement un centre de crise géré par un organisme communautaire (qui offre une ligne téléphonique de crise 24/7, un lit d'hébergement de crise, quelques places d'hébergement pour réinsertion sociale et du suivi communautaire). Pour compléter ce portrait des ressources, s'ajoutent un organisme de soutien aux familles, deux groupes d'entraide pour personnes souffrant de problèmes de santé mentale, un organisme pour traitement de la violence, un centre pour femmes victimes de violence conjugale,

un service d'aide alimentaire, un service de réintégration au travail, une équipe de travailleurs de rue, un centre de transition-itinérance et divers autres groupes (AA, NA, DAA, etc.).

Création de l'équipe

L'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne a vu le jour en 2001, à même les budgets globaux existants du CLSC, grâce à la volonté tenace de la direction de répondre aux besoins criants de la population en termes de soins et de services en santé mentale. Le leadership d'une omnipraticienne très impliquée dans la communauté et l'arrivée d'un jeune psychiatre sur le territoire ont permis de mettre sur pied une équipe initiale comprenant aussi un travailleur social, une infirmière et un psychologue. Depuis cette période initiale, l'équipe a été bonifiée d'une deuxième travailleuse sociale et d'une deuxième infirmière. Le poste d'un deuxième psychologue est en voie d'attribution. L'équipe pourra donc compter sur une équipe de travail équivalant à 5,6 intervenants à temps complet.

Initialement, la clientèle de l'équipe était constituée de personnes souffrant de troubles anxieux, de troubles dépressifs et de troubles de la personnalité référés par l'accueil psychosocial du CLSC ou par d'autres services du CLSC. La clientèle s'est complexifiée au fur et à mesure que les partenaires du milieu, dont les omnipraticiens, ont été mis au courant des services offerts. Nous avons dû faire face à une augmentation très rapide de la demande, tout en ne disposant que des efforts et du temps de trois intervenants. Les différentes pressions subies nous ont forcés à innover et à développer nos pratiques, qui seront ci-après détaillées.

Devant la complexité des cas présentés, nous avons misé sur la polyvalence des intervenants, sur le travail interdisciplinaire et sur la collaboration étroite avec nos partenaires cliniques du réseau : le centre de crise, le groupe de soutien aux familles, le centre de réadaptation des dépendances, les omnipraticiens, etc. Pour répondre à la demande croissante de soins, nous avons développé des soins par étapes, dont la première est le soutien clinique des intervenants déjà impliqués auprès des clients. De plus, face aux personnes qui ne demandent pas d'aide, mais pour lesquelles nous sommes alertés par d'autres, l'équipe de 1^{re} ligne s'implique dans l'intervention précoce et la promotion de la santé mentale. Dans ce qui suit, les différentes fonctions de l'équipe seront exposées.

Hiérarchisation des soins (soins par étapes)

Le guichet d'accès en santé mentale a vu le jour en 2006 sur notre territoire et la deuxième infirmière de l'équipe s'est jointe à l'équipe pour coordonner son activité. L'essentiel de ses tâches concerne la réception des demandes de soins en santé mentale pour la localité, le recueil des informations minimalement nécessaires à l'orientation, la liaison avec les partenaires cliniques sollicitant le guichet et l'orientation des demandes. Lorsqu'un cas est équivoque et que la révision des demandes avec le coordonnateur des services psychosociaux du CLSC ne permet pas de juger de l'orientation d'une demande, l'équipe de 1^{re} ligne est sollicitée lors d'une de ses réunions. L'implication de l'équipe au travail d'orientation du guichet d'accès permet de mettre à profit la connaissance étroite qu'a l'équipe des partenaires communautaires et d'explorer les possibilités de soins de collaboration en 1^{re} ligne avant d'envisager une référence aux services de 2^e ligne. La présence du psychiatre aux réunions permet de valider la décision d'orienter certains cas en 2^e ligne.

Lorsque cela est possible, l'équipe favorise que le suivi se poursuive par l'intervenant d'origine qui réfère, avec une invitation à aborder la situation en rencontre d'équipe pour y recevoir le soutien nécessaire. Par exemple, si un intervenant des services jeunesse aide une mère dans ses relations avec ses enfants et la voit très impulsive et colérique, il peut être plus adéquat d'aider l'intervenant à soutenir la mère que de la référer aux services spécialisés de santé mentale. Une discussion avec l'équipe peut permettre de saisir, si cela est l'hypothèse retenue en discussion, ce qu'est une structure de personnalité limite. L'intervenant jeunesse découvrira comment soutenir la mère dans son adaptation à la maternité plutôt que de la référer pour un traitement d'un trouble de la personnalité, alors que ce besoin n'est pas ce qui est exprimé par la mère ni nécessairement le plus approprié cliniquement. Si l'exploration et la mise en commun des opinions et des expertises ne permettent pas de résoudre les enjeux soulevés, l'un des professionnels de l'équipe rencontre le patient pour compléter l'évaluation. Ces nouvelles informations sont ensuite utilisées pour réviser les stratégies d'intervention et explorer si l'intervenant initial peut poursuivre efficacement le suivi avec du soutien régulier.

Si le soutien clinique par l'équipe n'est pas suffisant, un professionnel de l'équipe débute les soins directs. De plus, l'équipe de 1^{re} ligne invite à ses réunions hebdomadaires tous les partenaires dont l'aide semble pertinente, en vue d'offrir la combinaison de ressources ayant le plus de capacités à répondre aux divers besoins de la personne.

Lorsque les services requis dépassent le niveau de soins qui peuvent être offerts par l'équipe de 1^{re} ligne et par ses partenaires en raison de la complexité des volets médicaux, de la sévérité des pathologies, de la nécessité d'un programme spécialisé ou encore de l'implication directe et régulière d'un psychiatre, une demande de services est alors adressée aux équipes de 2^e ligne.

Notre modèle d'équipe

Afin de s'adapter au large éventail de problèmes cliniques que présentent les clients rencontrés, les membres de l'équipe de 1^{re} ligne ont dû développer beaucoup de polyvalence. Ils doivent régulièrement faire face à des urgences, évaluer des clients à domicile, accompagner des clients en psychose à l'urgence et soutenir d'autres cliniciens. Ce travail a conduit à un certain réaménagement des pratiques professionnelles et au partage d'un plus grand nombre de tâches communes.

Chacun des membres de l'équipe a la responsabilité de participer activement au travail interdisciplinaire, un modèle particulièrement adapté aux problématiques complexes en santé mentale. Chacun a la responsabilité de partager ses connaissances, de soulever les situations cliniques qui lui posent des défis et de soutenir les autres membres de l'équipe. Tous les membres participent à l'élaboration de plans d'intervention pour les cas complexes et veillent à ce que le contenu des discussions d'équipe soit consigné au dossier. Dans le contexte de la gestion des risques légaux, chaque professionnel est aussi responsable de présenter à l'équipe une synthèse écrite des cas à discuter, d'évaluer le niveau de risque suicidaire de manière structurée et de s'assurer de l'application du plan d'intervention. Cette façon de procéder permet à chacun d'apprendre progressivement à rechercher les divers symptômes et à l'équipe de discuter d'un diagnostic différentiel rigoureux selon le DSM-IV. Les rencontres d'équipe, une demi-journée par semaine en présence de l'omnipraticienne et du psychiatre, servent explicitement à bâtir un bagage de connaissances élargies permettant une plus grande polyvalence et une plus grande autonomie de chacun des intervenants de 1^{re} ligne.

Au sein de l'équipe, l'omnipraticienne assume la prise en charge globale des clients sans médecin de famille. Jamais elle ne voit les clients qui ont déjà un médecin traitant, ce dernier étant mis à contribution et soutenu étroitement par l'équipe. L'omnipraticienne est présente à chacune des réunions, et apporte à l'équipe ses compétences particulières dans l'évaluation et le traitement. Elle joue aussi le rôle de porte-parole concernant les besoins des omnipraticiens du territoire, et

informe l'équipe des ressources médicales du milieu. Elle offre une journée complète de disponibilité à l'équipe par semaine, incluant la demi-journée dévolue à la réunion d'équipe. En contrepartie, comme elle assure le suivi d'un grand nombre de clients qui présentent des problèmes complexes et que nous désirons qu'elle reste disponible à l'équipe, les professionnels de l'équipe prennent en charge plus rapidement les clients qu'elle réfère.

Le psychiatre assume un leadership mobilisateur au sein de l'équipe, au niveau clinique et aussi au niveau de l'organisation des soins. Il consacre une demi-journée par semaine au travail de l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne, lors des réunions d'équipe. Il formule ses avis sur les aspects de l'évaluation à poursuivre, le diagnostic différentiel et les avenues thérapeutiques. Il garde l'équipe informée des services offerts en 2^e ligne, tranche l'orientation des cas équivoques et valide la pertinence des orientations en 2^e ligne. Il offre de la formation sur des aspects spécialisés, en particulier sous forme d'évaluations au miroir en présence des membres de l'équipe. Il ne rencontre pas de clients directement en 1^{re} ligne. Il s'implique parfois directement dans l'évaluation des clients, mais dans le contexte d'une référence ponctuelle en 2^e ligne à l'urgence ou en clinique externe.

Pour faire face aux cas les plus difficiles, l'équipe a aussi dû enrichir ses connaissances. Nous avons organisé la formation des membres de l'équipe à l'approche de Masterson sur le traitement des troubles de la personnalité (Masterson et Klein, 1989 ; Masterson, 2000) et à l'entrevue motivationnelle (Miller et Rollnick, 2002). Ces démarches de formation commune ont permis de bâtir des liens forts au sein de l'équipe et de rendre cohérentes nos interventions mutuelles dans les situations exigeantes.

Besoins des partenaires du réseau

Au-delà des besoins de la population, l'équipe tient aussi compte des demandes exprimées par les omnipraticiens et par les autres cliniciens du réseau. Elle se positionne comme une équipe de référence qui rend disponible diverses expertises. Elle accueille à ses réunions d'équipe tout intervenant du réseau désirant discuter d'un cas complexe.

Le soutien aux omnipraticiens est particulièrement important, car c'est auprès d'eux que la population s'adresse généralement en premier lieu. Les omnipraticiens sont donc encouragés à faire appel à l'expertise de l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne, plutôt que d'avoir recours d'emblée à la consultation psychiatrique. Comme les omnipraticiens peuvent rarement se déplacer aux réunions de l'équipe, les impres-

sions cliniques et les solutions envisagées sont surtout discutées au téléphone et communiquées par écrit par le membre de l'équipe impliqué auprès du patient. Les recommandations soulevées en équipe incluent parfois des suggestions d'ajustement pharmacologique qui respectent les guides de pratique clinique établis.

Intervention précoce

Dans une perspective de responsabilité populationnelle, l'équipe tente d'aller au-devant des citoyens souffrants qui n'arrivent pas à consulter d'eux-mêmes. Parfois c'est la méconnaissance des services qui est en cause, mais, le plus souvent, les citoyens souffrants évitent de consulter par honte, par anxiété sociale ou sous l'influence de la psychose. Il arrive fréquemment qu'un membre de la famille d'une personne souffrante alerte l'accueil du CLSC sur la situation difficile d'un proche qui refuse de consulter. Nous évaluons alors le niveau de danger, nous aidons les membres de la famille à mobiliser le désir d'aide de leur proche souffrant, et nous les guidons dans l'aide qu'ils peuvent lui apporter. Ces interventions indirectes permettent de maintenir un certain lien avec la personne qui souffre jusqu'à ce qu'il soit possible d'intervenir directement auprès d'elle, le plus précocement possible. L'accompagnement par personne interposée s'est avéré maintes fois efficace pour rejoindre les citoyens recevant le moins de soins afin d'atténuer leur souffrance et de prévenir des complications.

Promotion de la santé mentale

Des membres de l'équipe ont apporté leur contribution à diverses initiatives communautaires qui nous semblent générer des retombées positives pour la santé de la population : collaboration à la création d'un réseau de sentinelles en milieu de travail, participation à une table de concertation qui touche la santé mentale des hommes et la prévention du suicide, sensibilisation à la santé mentale dans les écoles, sensibilisation de la bibliothèque municipale au besoin de la population d'avoir accès à des livres d'éducation sur la santé mentale et à des manuels d'auto-soins.

Illustration par un cas clinique

La mère de Madame C s'est présentée au Pont du Suroît, un organisme qui vient en aide aux proches des personnes souffrant de problèmes de santé mentale. Elle y a raconté ses inquiétudes au sujet de sa fille de 32 ans, célibataire, enfermée chez elle depuis plus de deux semaines, perturbée et désintéressée de sortir de chez elle, parlant

parfois de mourir. Elle disait ne pas voir l'intérêt de consulter et ne pas vouloir déranger qui que ce soit. L'histoire recueillie n'indiquait pas un risque élevé de suicide. Le Pont a donc accompagné la mère à une rencontre avec l'infirmière de notre équipe de 1^{re} ligne, avec qui l'histoire a été approfondie. Il ne semblait pas y avoir de risque élevé de suicide, ni d'indice de psychose, ni de toxicomanie apparente, ni de problèmes médicaux apparents, ni d'antécédents psychiatriques personnels. Plusieurs membres de la famille avaient présenté des épisodes dépressifs et abusé d'alcool. Comme l'infirmière ne pouvait intervenir directement, elle a guidé la mère à explorer quelle souffrance ou quels désirs pourraient mener sa fille à demander de l'aide et comment aborder sa fille dans un contexte si difficile. Les interventions de la mère auprès de sa fille ont permis, deux semaines plus tard, qu'elle accepte d'aller rencontrer d'abord son omnipraticien, mis au courant de la situation.

L'omnipraticien de la cliente a pu émettre un diagnostic de dépression et soulever la possibilité d'un syndrome de stress post-traumatique. Quelque temps plus tard, la cliente a accepté de rencontrer l'infirmière de l'équipe de santé mentale. Une fois l'évaluation faite, l'infirmière a soulevé le cas en discussion d'équipe. Il est apparu que le harcèlement de la part d'un collègue de travail entraînait la réactivation de souvenirs intrusifs d'un viol passé. Pour diminuer son anxiété et arriver à dormir, la jeune femme avait repris une ancienne consommation de cannabis et d'alcool, une consommation qu'elle avait pu mettre de côté après l'adolescence. Pendant plusieurs semaines, pour se maintenir alerte au travail, elle avait bu jusqu'à 12 tasses de café par jour. En se voyant si exténuée et se jugeant coupable et inadéquate, elle avait finalement cessé de se présenter au travail. Il a aussi été mis en évidence à l'exploration de l'histoire par l'infirmière que la jeune femme avait subi un traumatisme crânien mineur lors d'un accident de la route quelques années auparavant et qu'elle présentait depuis ce temps des difficultés à maintenir sa concentration.

Un rapport écrit a été envoyé à l'omnipraticien. Des contacts téléphoniques ont été maintenus afin de partager mutuellement les impressions du médecin et de l'équipe, puis d'aborder les avenues thérapeutiques envisagées. Le psychologue de l'équipe a ensuite débuté des rencontres régulières de traitement de la dépression et du syndrome de stress post-traumatique. Les premières interventions ont visé à limiter les pensées d'auto-accusation et de dévalorisation. Des explications ont été apportées à la patiente sur la vulnérabilité hypothétique engendrée par les antécédents dépressifs familiaux et le traumatisme crânien subi

dans le passé. L'effet de sa consommation de caféine, d'alcool et de cannabis et les interactions avec l'anxiété et la dépression ont été abordés. L'omnipraticien s'est montré très satisfait de l'évaluation approfondie qui lui a été transmise.

Quelques semaines plus tard, la patiente a accepté de consulter en parallèle le centre de réadaptation des toxicomanies. Des rencontres conjointes ont eu lieu entre les différents cliniciens impliqués, principalement lors des réunions d'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne. La patiente a informé elle-même le centre de crise, sur nos conseils, de sa situation difficile, dans l'éventualité où elle aurait à faire appel à la ligne téléphonique de crise. L'invalidité au travail et les liens avec la compagnie d'assurances ont été gérés par l'omnipraticien de la patiente, avec l'aide de l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne dont les opinions cliniques ont soutenu ses décisions. Comme la patiente n'a pas répondu au 1er antidépresseur tenté, l'omnipraticien a demandé un avis sur la pharmacothérapie. Le psychiatre a pu, via le psychologue devenu intervenant pivot, faire parvenir un avis sur les différentes options les plus avantageuses, tout en se référant aux lignes directrices du traitement des troubles anxieux de l'Association des psychiatres du Canada et au consensus d'experts sur le traitement de la dépression du CANMAT. Le psychiatre n'a pas eu à rencontrer la cliente.

Éléments de succès et de résistance, et retombées de notre expérience

Certains éléments contextuels ont permis à l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne de s'établir efficacement. D'abord, le soutien de la direction a contribué à l'émergence du projet. La collaboration étroite avec le département de psychiatrie a ensuite permis que l'organisation des services de 2^e ligne s'ajuste au développement des pratiques de 1^{re} ligne. Ainsi, l'investissement du psychiatre dans l'équipe de 1^{re} ligne n'a pas été perçu comme une perte mettant en péril l'efficacité des cliniques externes, mais comme une occasion de diminuer le nombre de patients référés inutilement en 2^e ligne, d'écourter les listes d'attente et de soulager les périodes de garde à l'urgence. Deux autres psychiatres se sont investis depuis au sein d'équipes de santé mentale de 1^{re} ligne sur les territoires voisins.

Le succès de l'implantation de l'équipe a aussi été étroitement lié à l'implication intensive de ses membres. L'omnipraticienne et le psychiatre ont été des acteurs clés au cœur de l'élaboration de la programmation clinique. Si leur implication n'avait été que partielle ou distante, la progression du travail d'équipe aurait été grandement

ralentie. Il aurait aussi été difficile de développer, avec les professionnels, une confiance mutuelle. Or, la connaissance respective des compétences des membres de l'équipe et la confiance mutuelle ont été essentielles au développement de balises de pratique au sein de l'équipe, permettant de limiter les risques cliniques et légaux reliés à la supervision par le psychiatre et au soutien clinique offert aux autres intervenants du réseau.

Les exigences particulières du travail de 1^{re} ligne et les nombreuses tâches communes ont cependant entraîné une remise en question douloureuse des pratiques de chacun. Étant donné que les pratiques des professionnels se chevauchent davantage au sein de l'équipe, des réticences sont survenues. Les professionnels ont dû adopter des pratiques à la fois plus polyvalentes et à la fois conformes aux guides de bonnes pratiques. Aborder ces réticences tout en préservant un climat sain dans l'équipe a demandé des efforts considérables. Il a ainsi été important de définir des zones de pratique où l'expertise propre de chacun est mise à contribution. L'arrivée de nouveaux membres au sein de l'équipe a aussi exigé que ces enjeux soient abordés périodiquement.

L'adhésion des partenaires à nos pratiques de collaboration a également suscité des obstacles, et ne s'est fait que progressivement. Les omnipraticiens ne sont pas tous convaincus d'emblée de l'efficacité des services proposés. Certains n'acceptent de s'occuper des problèmes de santé mentale que lorsqu'ils doivent s'y résoudre ou lorsque des recommandations très claires leur sont faites. D'autres ne donnent de crédibilité qu'aux consultations directes obtenues des psychiatres, ce qui correspond au modèle traditionnel de fonctionnement, en voie de se modifier. Les membres de l'équipe sont ainsi interpellés à user de patience, à offrir leur soutien et à démontrer la crédibilité de l'équipe par des communications claires et des recommandations étoffées.

Le temps a aussi été un obstacle important. Plusieurs années sont requises pour qu'un travail d'équipe efficace s'installe, et que les pratiques professionnelles de chacun se définissent. L'implantation des changements gagne à se faire par étapes. Ainsi, une fois certaines pratiques de collaboration de base installées, il est possible d'implanter des changements qui font appel à des pratiques plus complexes ou plus exigeantes. L'amélioration continue des pratiques impose aussi que l'équipe fasse le choix éthique de limiter quelque peu ses interventions directes auprès des clients, dans la perspective d'optimiser son efficacité globale auprès de la population. Les pratiques particulières ayant le potentiel d'avoir un effet multiplicateur sur l'offre de service, comme le

soutien clinique à d'autres intervenants et le soutien des initiatives communautaires, ne doivent pas être mises de côté face à l'urgence de répondre aux besoins des clients en attente.

Malgré ces facteurs contraignants, notre pratique a généré des bénéfices substantiels. Certaines données des soins partagés offerts par le psychiatre de l'équipe de 1^{re} ligne rendent compte d'un accroissement de l'accès global aux soins de santé sur le territoire. Ainsi, la charge courante de cas traités par ce psychiatre, au cours des trois jours par semaine travaillés en clinique externe de 2^e ligne, a été d'environ 150 patients. Il a aussi évalué, traité et donné congé à environ 50 nouveaux cas chaque année au cours des mêmes trois jours par semaine, en excluant les cas vus ponctuellement à l'urgence. En contraste, son implication au sein de l'équipe de 1^{re} ligne pendant une demi-journée par semaine a facilité le travail des cinq intervenants, qui ont pu voir directement environ 320 patients cette dernière année. Ceci sans compter les personnes rejoints par personne interposée via le soutien clinique donné aux autres intervenants du réseau.

Les partenaires ont aussi bénéficié d'un lieu d'échanges cliniques où ils peuvent avoir accès à diverses expertises, dont celle d'un psychiatre. Le soutien clinique offert aux cliniciens moins spécialisés en santé mentale a aussi permis d'éviter certaines références aux soins directs de l'équipe. Ultimement, ces cliniciens gagnent en compétence et peuvent intervenir de manière plus efficace selon leurs capacités. Les soins en collaboration ont aussi eu le mérite d'améliorer les contacts des omnipraticiens avec les autres professionnels compétents dans le domaine de la santé mentale. Les omnipraticiens se sont montrés favorables à cette collaboration avec l'équipe de 1^{re} ligne dans la mesure où elle peut leur assurer un accès plus rapide aux soins spécialisés par les psychiatres pour les cas les plus sévères. Les rapports écrits de consultation envoyés par l'équipe ont aussi été reconnus par plusieurs comme une occasion intéressante de formation continue.

Conclusion

Le modèle de gestion des maladies chroniques nous enseigne que, pour faire face aux problèmes complexes, comorbes et chroniques (comme ceux présentés en santé mentale), le travail interdisciplinaire et les soins en collaboration sont optimaux. Les interventions conjointes sont plus complexes à gérer, mais elles permettent d'améliorer la cohérence des pratiques, de trouver des solutions créatives, de partager la charge émotive vécue par les cliniciens et de diffuser les connaissances. Diverses pratiques novatrices de l'équipe, dont le soutien

clinique offert aux autres intervenants du réseau, ont eu un effet multiplicateur sur l'offre de services dans la communauté.

La mise sur pied de pratiques optimales (Fournier et al, 2007) est cependant une tâche ardue, qui exige de remettre en question les pratiques et d'investir du temps à élaborer de nouvelles stratégies. Dans le futur, des modalités de prestation des soins plus structurées (ex. : des protocoles d'intervention, des ordonnances collectives, des outils cliniques) pourraient être envisagées. Aussi, les professionnels pourraient être déployés directement dans les cliniques médicales et la portée des approches de groupe être plus étendue. Des soins intégrés pour les problèmes comorbidés de dépendance aux drogues et à l'alcool pourraient être implantés en lien avec les équipes de 1^{re} ligne. Enfin, la richesse de l'expérience des clients rétablis pourrait être davantage mise à profit, en les encourageant à participer aux activités de l'équipe.

Plusieurs des grands principes d'organisation et les pratiques que nous avons mises de l'avant au sein de l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne du Suroît pourraient être adaptés à d'autres réseaux locaux de services, selon les besoins et les défis particuliers vécus en milieu rural, périphérique ou urbain. Nous souhaitons que la description de notre expérience puisse porter à la réflexion et à la discussion.

Références

- AUCOIN, L., 2005, La gestion des maladies chroniques : ou comment améliorer la qualité des soins et la qualité de vie des malades tout en sauvant des sous, Les maladies chroniques et la modernisation du système de santé québécois, *Prisme*, 5-22.
- BURLEY, H. J., 2002, Shared care: What do family physicians want from psychiatrists ?, *CPA Bulletin*, décembre.
- CPA/CFPC Collaborative Project, 2003, *Shared mental health care: strengthening the relationship between mental health and primary care providers*, http://www.shared-care.ca/pdf/shared_care_report.pdf
- DUFOUR, R., 2008, *Pour une appréciation de l'état de santé de la population : Synthèse du Portrait type du RLS du Suroît*, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Direction de santé publique, Surveillance de l'état de santé de la population. ŒIL de santé publique.
- DUFOUR, R., SAVOIE, E., 2007, *Pour une appréciation de l'état de santé de la population : Survol du Portrait type du RLS du Suroît*, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Direction de santé publique, Surveillance de l'état de santé de la population.

- FLEURY, M.-J., 2005, *Les réseaux intégrés de services : notions et enjeux, Le point en administration de la santé*, Sourire et survivre à la réforme, 1, 1.
- FOURNIER, L., 2007, Dialogue : Vers une première ligne forte en santé mentale : Messages clés de la littérature scientifique, <http://www.inspq.qc.ca/Dialogue/Pdf/DialogueMessagesCleMai2007.pdf>
- GUIDE DE PRATIQUE CLINIQUE : TRAITEMENT DES TROUBLES ANXIEUX, 2006, *Revue canadienne de psychiatrie*, 51, 8, supplément 2. <http://publications.cpa-apc.org/browse/documents/213>
- HÉBERT, R., 1997, *Définition du concept d'interdisciplinarité*, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, Colloque « De la multidisciplinarité à l'interdisciplinarité ».
- INITIATIVE CANADIENNE DE COLLABORATION EN SANTÉ SENTALE, 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 œuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs, <http://www.ccmhi.ca/fr/products/toolkits/providers.htm>
- KATES, N. et al., 2001, How psychiatrists view their relationships with family physicians, *CPA Bulletin*.
- L'ASSOCIATION DES PSYCHIATRES DU CANADA ET LE CANADIAN NETWORK FOR MOOD AND ANXIETY TREATMENTS (CANMAT), 2001, Lignes directrices cliniques pour le traitement des troubles dépressifs, *Revue canadienne de psychiatrie*, 46, 5, supplément 1. www.canmat.org
- LARIVIÈRE, C., SAVOIE, A., 2002, *Bilan de l'implantation et du fonctionnement des équipes multidisciplinaires de travail dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec*, Centre de recherche et de formation du CLSC Côtes-de-Neiges.
- MASTERSON, J. F., 2000, *The Personality Disorders*, Zeig, Tucker and co., Phoenix.
- MASTERSON, J. F., KLEIN, R., 1989, *Psychotherapy of the Disorders of the Self, The Masterson Approach*, Brunner/Mazel, New York.
- MILLER, R., ROLLNICK, S., 2002, *Motivational Interviewing, Preparing People for Change*, Guilford, New York.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2005, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*, Gouvernement du Québec.
- WAGNER, E. H., 2001, Improving chronic Illness care : Translating evidence into action, *Medicine and Chronic Illness*, 20, 6, 64-78.
- WAGNER, site Internet : *Modèle de gestion des maladies chroniques* : www.improvingchroniccare.org