

le partenaire

La seule revue de langue française spécialisée en réadaptation psychosociale et en rétablissement en santé mentale



Soins et services en santé mentale : la force collaborative de la 1^{re} ligne



le partenaire

est la revue de

l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale. Publiée 3 fois par année, cette revue est la seule de langue française spécialisée en réadaptation psychosociale et en rétablissement en santé mentale.

Siège social :
AQR, 2380, avenue du Mont-Thabor, bureau 205
Québec (Québec) G1J 3W7
Internet : aqr-sm.org

Éditrice : Esther Samson
esamson@aqrp-sm.org

Pour abonnement :
lepartenaire@aqrp-sm.org
418 523-4190, poste 214

Comité d'édition :

Rosanne Émard,
Consultante formatrice en réadaptation
psychosociale et rétablissement et en suivi
communautaire, Outaouais

Michel Gilbert,
Coordonnateur du Centre national d'excellence en
santé mentale (CNESM)

Diane Harvey,
Directrice générale, AQR, Québec

Paul Jacques,
Psychiatre, Institut universitaire en santé mentale de
Québec, Programme clientèle des troubles anxieux
et de l'humeur

Marie-Hélène Morin,
Travailleuse sociale, M. Serv. soc., professeure
régulière en travail social, Université du Québec
à Rimouski (UQAR)

Steve Paquet, Ph.D.,
Chercheur au Centre d'excellence sur le
vieillessement de Québec et professeur associé au
département de sociologie de l'Université Laval

Annie Poirier, B.Sc. Sciences biomédicales, boursière
FRSQ; B.Sc. Sciences de la santé, Mention d'honneur
du Doyen de la Faculté de Médecine; utilisatrice de
services en santé mentale

Révision des textes :
Judith Tremblay

Conception et réalisation graphique :
www.fleurdelysee.ca

Impression :
Les Copies de la Capitale, Québec

ISSN : 1188-1607



Mention de source : Studio Alain Carrier

David Simard, jeune artiste vivant avec un problème de santé mentale et originaire du Saguenay, dessine depuis l'âge de 13 ans. Il a longtemps travaillé de façon autodidacte avant de prendre quelques cours de dessin d'observation au Centre des arts et de la culture de Saguenay. Voici Jaune bleu rouge, un dessin imaginaire et surréaliste s'inspirant de différentes cultures et réalisé au pastel et aux crayons de couleur. « Je me suis simplement amusé avec les formes et les couleurs sans trop me poser de questions, pour garder le côté spontané », explique M. Simard.

SOMMAIRE

3 CARNET ÉDITORIAL Les services de première ligne en santé mentale au Québec, leurs enjeux et leurs défis!

4 CHRONIQUE DU FRANC-TIREUR Des lignes aux contours peu définis

Par Annie Poirier, B. Sc. biomédicales, boursière FRSQ, boursière COPSE, B. Sc. de la santé, mention d'honneur du doyen de la Faculté de médecine, personne en rétablissement

5 Mieux collaborer pour mieux soigner : quand les services de santé mentale et les soins primaires font équipe

Par Nick Kates, directeur, Département de psychiatrie et de neurosciences comportementales, Université McMaster

Traduit par Ann Samson

12 Consolider la première ligne en santé mentale grâce à la collaboration, en adaptant les services offerts aux jeunes et en valorisant la participation du milieu communautaire

Recommandation # 3 du Commissaire à la santé et au bien-être

14 Les soins de première ligne en santé mentale dans le contexte de la réforme en cours

Par Marie-Josée Fleury, chercheuse, Institut Douglas; professeure agrégée, Département de psychiatrie, Université McGill; directrice scientifique, Centre de réadaptation en dépendance de Montréal – Institut universitaire (CRDM-IU)

19 Le médecin de famille et la santé mentale

Par Suzanne Pelchat, médecin, équipe de santé mentale, CLSC de la Jacques-Cartier; médecin-conseil, Direction des services professionnels et hospitaliers, CSSS de Québec-Nord

22 Rétablissement et autogestion de la dépression

Par Janie Houle, professeure, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal; directrice, Vitalité, Laboratoire de recherche sur la santé, www.vitalite.uqam.ca

28 Le patient, un acteur clé du partenariat de soins et de services : réalité en émergence?

Par Vincent Dumez, patient, M. Sc., codirecteur, Direction collaboration et partenariat patient, CPASS, Faculté de médecine, Université de Montréal;

David Gaulin, cogestionnaire psychiatrie/santé mentale et médecine des toxicomanies, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM);

Paule Lebel, M.D., M. Sc., codirectrice, Direction collaboration et partenariat patient, CPASS, Faculté de médecine, Université de Montréal

NOUS AVONS LU POUR VOUS...

31 Souvenirs intimes Aventures dans plusieurs mondes

Auteure : Vesta Wagener Jobidon

Par Lisette Boivin, directrice générale;
Francine Cyr, coordonnatrice, Le Pavois de Québec

Les services de première ligne en santé mentale au Québec, leurs enjeux et leurs défis!

La revue *le partenaire* a toujours eu comme préoccupation d'être à l'avant-garde des thèmes cliniques d'actualité qui peuvent inspirer ses lecteurs sur le plan de leur rétablissement, de leur pratique quotidienne ou de l'organisation des services.

Dans ce numéro sur les services de première ligne en santé mentale, nous souhaitons porter un regard sur une réalité que les numéros antérieurs du *partenaire* ont peu traité, mais dont les conséquences sont notables sur le quotidien d'une portion significative de la population. En effet, selon les récentes données de l'*Enquête sur la santé des collectivités canadiennes* menée en 2012¹, 17 % de la population de 15 ans et plus a déclaré avoir éprouvé un besoin de soins de santé mentale au cours des 12 mois précédents. Le tiers d'entre eux ont indiqué que leurs besoins avaient été *non satisfaits* (12 %) ou *partiellement satisfaits* (21 %).

Le présent numéro ne prétend pas vouloir faire le point de manière exhaustive sur l'offre de services en santé mentale dits de première ligne, mais tentera plutôt de sensibiliser notre lectorat à la situation actuelle de l'accès aux soins et aux services de santé mentale au Québec, de même qu'à certains ingrédients actifs pouvant contribuer à leur efficience.

Les articles qui suivent traitent d'éléments clés entourant et influençant les services de santé mentale en première ligne, dont le Commissaire à la santé et au bien-être a aussi fait largement état dans son rapport auquel nous ferons aussi référence dans ce numéro.

Nous aborderons le rôle majeur du médecin de famille dans l'offre de soins de santé mentale ainsi que sa réalité au jour le jour. Les soins de collaboration – largement valorisés dans la littérature – seront aussi mis en perspective par Nick Kates. Ce directeur du département de psychiatrie et de neurosciences comportementales à l'Université McMaster nous fait l'honneur de nous informer quant aux éléments actifs à privilégier pour soutenir de réels soins de collaboration, défi crucial et réel au quotidien. Les soins de première ligne en santé mentale dans le contexte de la réforme en cours font aussi l'objet d'un article qui résume les orientations de cette réforme et décrit quelques constats sur ces soins.

Nous verrons aussi le concept de l'autogestion (surtout en ce qui a trait à la dépression), un virage majeur dans l'offre de services de première ligne en santé mentale, particulièrement si on le lie à la démarche de rétablissement des personnes ayant un trouble mental modéré.

Si les articles de ce *partenaire* touchent de près ou de loin à l'apport de la personne à son propre processus de soins, c'est celui de Vincent Dumez et de ses collaborateurs qui approfondit

le sujet de façon plus pointue en présentant le thème de patient-partenaire. Très pertinente lorsqu'on parle de rétablissement, cette notion est maintenant si reconnue qu'elle est enseignée auprès de futurs médecins comme une valeur ajoutée aux soins en santé mentale. Finalement, toujours fidèles à notre habitude, nous complétons *le partenaire* par les chroniques *Franc tireur* et *Nous avons lu pour vous*.

La lecture de cette édition inspirera sans nul doute votre pratique, votre rétablissement ou votre organisation de services. Les textes des pages qui suivent appellent à des soins en santé mentale prodigués en collaboration, non seulement entre les diverses instances de la première ligne et de la deuxième ligne, mais aussi avec la personne. Cette dernière est d'ailleurs sollicitée pour prendre une part grandissante à ses propres soins en santé mentale, comme en font foi les notions de patient-partenaire et d'autogestion présentées ici.

Bonne lecture!

Michel Gilbert et Esther Samson



Michel Gilbert
Coordonnateur
Centre national d'excellence
en santé mentale (CNESM)
Membre du comité d'édition
du partenaire



Esther Samson
Éditrice

Le comité d'édition du *partenaire* en photos...

Esther Samson et Michel Gilbert (photos ci-dessus), ainsi que...



Rosanne Énard,
Consultante formatrice
en réadaptation
psychosociale et
rétablissement et en
suivi communautaire,
Outaouais



Paul Jacques,
Psychiatre, Institut
universitaire en santé
mentale de Québec,
Programme clientèle des
troubles anxieux et de
l'humeur

Mention de source : Simon Lévesque



Marie-Hélène Morin,
Travailleuse sociale,
M. Serv. soc.,
professeure régulière en
travail social, Université
du Québec à Rimouski
(UQAR)



Steve Paquet, Ph.D.,
Chercheur au Centre
d'excellence sur le
vieillessement de
Québec et professeur
associé au département
de sociologie de
l'Université Laval



Annie Poirier, B. Sc.
biomédicales, boursière
FRSQ, boursière COPSE,
B. Sc. de la santé,
mention d'honneur du
doyen de la Faculté de
médecine, personne en
rétablissement



Diane Harvey,
Directrice générale,
AQR, Québec

¹ <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2013009/article/11863/abstract-resultat-fra.htm>

Des lignes aux contours peu définis



Annie Poirier

Lorsque je dessinais durant l'enfance, mon esprit cartésien me portait à tracer des lignes parallèles qui ne se croisaient jamais, alors que la partie innovatrice et créatrice de ma personnalité produisait des segments qui s'enlaçaient. D'après vous, de quel côté penche le système de santé en ayant créé des services de première et de deuxième lignes? Faudrait-il redessiner le tout?

J'ai entamé un long parcours qui m'a conduit à l'obtention d'un baccalauréat en sciences biomédicales pour ensuite étudier la médecine pendant près de cinq ans avant de me perdre moi-même dans les méandres des corridors de la psychiatrie. Je peux donc dire que j'ai connu l'envers de la médaille, le côté théorique puis sa facette pratique. La future médecin désireuse d'être généraliste devenue patiente spécialisée. Les constats sur ce terrain abrupt sont donc nombreux.

Tout d'abord, certaines réalités – dont le fait de demeurer en région – font en sorte que les omnipraticiens sont souvent peu outillés pour faire face adéquatement aux utilisateurs se présentant avec des problèmes de santé mentale. Nous ne pouvons parfois que nous fier à leur bonne volonté et à leur débrouillardise. L'accès à des psychologues est plus que limité et la rencontre d'un psychiatre après référence peut prendre des mois, voire des années. Des médecins de famille démunis se voient obligés d'envoyer les personnes qu'elles traitent dans des urgences gérées par des omnipraticiens eux-mêmes imprégnés de préjugés, d'ignorance ou d'un manque de ressources. La souffrance de la dépression ne se soulage pas avec des narcotiques et nécessite une oreille inexistante en ces lieux; cela peut donc attendre. Devant un régime de soins de santé soumis à une diète qui carence la population, les gens souffrants continueront d'être isolés dans des pièces sans issues...

On note également un manque de culture en santé mentale chez la première ligne. Les généralistes étant tenus de se tenir à jour dans les différentes spécialités, la psychiatrie, discipline nébuleuse et à la marge du monde médical, fait rarement partie de la formation continue. Sans vouloir généraliser, les omnipraticiens, par manque de temps, de connaissances ou d'intérêt, se contentent parfois de ne suivre que les lignes directrices qui leur sont dictées. « Vous n'avez plus d'énergie ni d'intérêt? Voici votre prescription et votre permission d'arrêt de travail. » On tente même d'encourager le suivi de cette « clientèle vulnérable » par des incitatifs financiers. Si la santé mentale est l'affaire de tous, elle est certainement celle des personnes qui ont le mandat officiel pour l'améliorer.

Malgré l'accent mis sur les soins de collaboration ou partagés, force est de constater qu'il y a encore des fossés entre les acteurs médicaux. Certains psychiatres travaillent toujours en vase clos et n'assurent pas un suivi systématique avec les médecins de famille. Qu'en est-il du fameux projet national d'implantation du dossier médical électronique qui faciliterait et accélérerait l'échange de renseignements entre les intervenants?

Qui plus est, j'ai également observé des personnes rapidement retournées à leur médecin de famille chez qui l'on perçoit un malaise palpable face aux cocktails médicamenteux préparés par leurs collègues. Où se trouve alors le médecin spécialiste devant répondre aux appels à l'aide des omnipraticiens? Si ces derniers se sentent habilités à orienter une personne montrant un trouble léger d'adaptation ou d'anxiété, ils ne sont pas outillés pour ajuster des stabilisateurs de l'humeur ou des neuroleptiques, ces ingrédients devenus désormais la norme pour bien des sauces. Bon nombre de recettes qui engendrent encore des goûts amers.

En tant qu'étudiants en médecine, nous apprenons les rudiments de la communication professionnelle. Il semble que le ministère de la Santé et certains de ses acteurs aient peine à mettre celle-ci en pratique, en plus de présenter des symptômes de dépression, dont l'apathie, la désorganisation et l'amnésie. Devons-nous rappeler que l'accessibilité fait partie de la Loi canadienne sur la santé? Que l'accès à des soins de qualité fait également partie des déterminants de la santé? Il apparaît que le système de santé est incapable de stabiliser ces maladies chroniques que sont les syndromes du *pas dans ma cour* et de la *patate chaude*. L'injection de fonds dans l'élaboration d'un plan d'action en santé mentale est délétère si le tout ne reste que de l'encre qui accumule de la poussière sur des étagères. Peut-être que les gestionnaires ont également besoin de services de réadaptation-rétablissement pour apprendre à fonctionner avec plus d'efficacité... Tous ensemble, nous arriverons à éclaircir le tableau. Au plaisir d'y participer.

Annie Poirier

B. Sc. biomédicales, boursière FRSQ, boursière COPSE, B. Sc. de la santé, mention d'honneur du doyen de la Faculté de médecine, personne en rétablissement

(Je ne sais pas, mais il semble qu'on gagne en crédibilité lorsqu'une longue liste apparaît après notre nom...)



Mieux collaborer pour mieux soigner : quand les services de santé mentale et les soins primaires font équipe

Par Nick Kates, directeur, Département de psychiatrie et de neurosciences comportementales, Université McMaster
Traduit par Ann Samson



Nick Kates

INTRODUCTION

Malgré le rôle que jouent les médecins de famille dans la prestation des soins de santé mentale, leurs rapports avec les services de santé mentale sont souvent difficiles et se caractérisent par de longs délais d'attente, une mauvaise communication, une coordination inadéquate des soins et un manque d'entraide. Dans le présent article, nous donnerons un aperçu des moyens pris par les services de santé mentale au Canada pour tenter de résoudre le problème et traiterons notamment d'une solution efficace, celle de l'intégration des services de santé mentale dans le contexte de la prestation des soins primaires. Nous décrirons un programme de cette nature en vigueur depuis 20 ans à Hamilton et examinerons comment une meilleure collaboration peut aider à surmonter d'autres défis auxquels font face les systèmes de soins de santé au Canada.



LE RÔLE DU SECTEUR DES SOINS PRIMAIRES DANS LA PRESTATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE

Dans la plupart des collectivités au Canada, le médecin de famille assure la prestation de la majorité des soins de santé mentale et ne reçoit souvent qu'une aide limitée des services de santé mentale. Les soins de santé mentale font partie intégrante de leur travail et constituent un élément déterminant du « centre de médecine de famille », tel que le définit le Collège des médecins de famille du Canada (Collège des médecins de famille du Canada 2011).

Le médecin de famille ou l'équipe de soins primaires sont bien placés pour offrir une gamme de services complémentaires, idéalement, à ceux qu'assurent les services traditionnels de santé mentale. Ils travaillent auprès d'une population qu'ils suivent durant de nombreuses années, dans les périodes de bonne santé et de maladie, et ils voient souvent plusieurs membres d'une même famille. Ils ont une compréhension longitudinale des problèmes et des besoins de leurs patients, ainsi qu'une connaissance des facteurs sociaux et environnementaux, passés et présents, qui influent peut-être sur le bien-être d'une personne (Kates et coll. 2011a, 2011b).

En général, le milieu de soins primaires constitue la porte d'entrée dans le réseau pour la personne aux prises avec un problème de santé mentale, et c'est l'endroit où l'on peut détecter les problèmes tôt et entreprendre un traitement. Souvent aussi, c'est l'endroit où les soins se poursuivent après un traitement par un service de santé mentale et de toxicomanie, et où l'on participe activement au suivi des progrès du patient et à la prévention des rechutes. Il peut devenir le lieu où l'on coordonne les soins, où l'on peut s'attaquer en même temps aux problèmes sur le plan mental et sur le plan physique, et intégrer les approches de traitement (Kates et coll. 2011a, 2011b).

La détection des problèmes dans le contexte des soins primaires peut toutefois présenter des difficultés. Les contraintes de temps, la brièveté des rendez-vous et la priorité accordée d'abord aux symptômes physiques rendent difficile la détection d'un problème de santé mentale dans un court laps de temps, et les médecins de famille ont moins de chances de déceler un problème s'ils n'ont pas accès facilement à du soutien ou s'ils connaissent mal les possibilités de traitement.

AMÉLIORER LA COLLABORATION AVEC LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE

Ainsi, bien que le milieu de soins primaires constitue souvent la porte d'entrée pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie et qu'il soit en mesure d'assurer toute une gamme de fonctions et de services complémentaires à ceux qu'offrent les services de santé mentale traditionnels, les médecins de famille signalent fréquemment des problèmes dans leurs rapports avec les services de santé mentale (Kates et coll. 2011a, 2011b). Ils mentionnent notamment des délais d'attente très longs pour les évaluations, des procédures d'admission rigides et compliquées, des critères d'exclusion illogiques, une mauvaise communication, un manque de soutien et parfois un manque de compréhension et de respect quant au rôle que jouent les services de soins primaires dans la prestation des

soins de santé mentale, mais les choses sont en train de changer.

À l'instar de leurs collègues des services de soins primaires, les intervenants en santé mentale prennent graduellement conscience des rôles clés que peuvent jouer les soins primaires et des avantages d'un resserrement des liens entre les deux secteurs. En outre, on reconnaît de plus en plus chez toutes les parties en cause la nécessité d'améliorer la collaboration afin que les patients puissent obtenir les services dont ils ont besoin, au moment opportun et avec le moins d'obstacles possible sur leur chemin. Il n'y a pas que les prestataires en première ligne qui font ce constat. Depuis cinq ans, on observe une augmentation importante de la planification partagée à l'échelle régionale et provinciale, et des fonds sont affectés à de nouveaux projets visant à consolider le partenariat entre les services de soins primaires et ceux de santé mentale, ainsi qu'à soutenir les services de soins primaires dans la prestation des services de santé mentale. Aujourd'hui, les usagers de ces services s'attendent à ce type de collaboration.

La collaboration peut se présenter sous différentes formes. La plus simple consiste à améliorer la communication, par écrit et en personne, au sujet des dossiers et des problèmes rencontrés. La deuxième approche vise l'obtention rapide d'une consultation et l'échange de renseignements pertinents. La troisième approche est celle de la coordination des soins : les fournisseurs de soins primaires et les services de santé mentale unissent leurs efforts pour élaborer un plan commun de traitement, se répartir les rôles et les responsabilités et échanger régulièrement de l'information sur les progrès de la personne.

Tous ces moyens peuvent être déployés par n'importe quel service de santé mentale déterminé à travailler de concert avec le secteur des soins primaires, mais la collaboration peut se présenter aussi sous d'autres formes, susceptibles d'élargir la portée de ces trois approches. La première consiste à réunir les services sous le même toit. Les prestataires travaillent alors à proximité les uns des autres et ont donc la chance de nouer des liens personnels et de faire profiter les autres de leur expertise. On peut même aller jusqu'à intégrer complètement des fournisseurs de services de santé mentale aux équipes de soins primaires, comme cela se fait dans les CSSS au Québec, les équipes de santé familiale en Ontario, les réseaux de soins primaires en Alberta et les centres de santé communautaire un peu partout au pays.

Un partenariat de collaboration efficace repose sur des relations et des contacts interpersonnels. Il devrait être fondé sur les principes qui caractérisent toute entreprise fructueuse, tels que le respect mutuel et l'entraide, la réceptivité aux nouvelles idées, la définition d'objectifs communs, la communication régulière, la compréhension des impératifs auxquels chacun doit répondre et le contexte dans lequel il travaille, et une volonté d'apporter des ajustements au besoin pour que le partenariat fonctionne.

Peu importe le modèle adopté, tout projet de collaboration a cinq objectifs potentiels : 1) améliorer les résultats cliniques pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de toxicomanie; 2) accroître la capacité des services de soins primaires de fournir des soins de santé mentale efficaces (soins

De plus en plus de preuves indiquent qu'une meilleure collaboration comporte des avantages pour les patients, les prestataires de soins et le système dans son ensemble (Craven et Bland 2013).

En ce qui concerne les prestataires, la collaboration améliore la communication et la coordination des soins et des plans de traitement, et elle permet d'intégrer santé mentale et santé physique dans le traitement. Elle favorise l'entraide et permet aux prestataires de se partager les responsabilités, de mettre en commun de l'information, des ressources et leur expertise, de résoudre ensemble des problèmes, d'utiliser les ressources plus efficacement, ainsi que d'évaluer et de planifier les services de façon plus complète.

Pour ce qui est du système de soins de santé, la collaboration peut améliorer l'accès aux services, surtout pour les populations qui sous-utilisent habituellement les services de santé mentale, notamment les enfants, les aînés, les groupes ethnoculturels, les collectivités des Premières Nations et les personnes aux prises avec des problèmes de toxicomanie. Elle peut réduire le coût des soins de santé mentale, favoriser une intervention plus précoce et améliorer la transition d'un service à un autre. La collaboration a aussi été adaptée à divers contextes comme les Forces canadiennes, les services de santé pour les étudiants, les milieux de travail et les refuges.

de santé mentale primaires); 3) faciliter l'accès aux services de santé mentale et de toxicomanie; 4) bonifier l'expérience des usagers lorsqu'ils sollicitent et reçoivent des soins; 5) bonifier l'expérience des prestataires lorsqu'ils fournissent des soins (Kates et coll. 2011a, 2011b).

LES AVANTAGES DES PARTENARIATS DE COLLABORATION

De plus en plus de preuves indiquent qu'une meilleure collaboration comporte des avantages pour les patients, les prestataires de soins et le système dans son ensemble (Craven et Bland 2013).

Dans le cas des patients, elle peut amener une amélioration des symptômes et du fonctionnement, réduire le nombre de journées d'invalidité, allonger la durée pendant laquelle la personne peut exercer ses fonctions au travail, augmenter le nombre d'années de vie pondérées en fonction de la qualité et améliorer l'observance de la médication. En outre, se faire traiter pour un problème de santé mentale dans un établissement de soins primaires est plus acceptable et moins stigmatisant pour le patient.

Autre aspect souvent négligé des soins en collaboration : la recherche de moyens d'améliorer les soins de santé physique prodigués aux personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Non seulement ces groupes sont plus susceptibles que la population en général de souffrir de problèmes de santé importants et de voir raccourcir leur espérance de vie, mais l'accès aux soins de santé primaire est souvent difficile pour eux. Pour pallier ce problème, de plus en plus de services de santé mentale comptent parmi leur personnel une infirmière à domicile, une infirmière praticienne ou un médecin de famille pour offrir des soins de santé physique intégrés.

On constate aussi l'existence d'un consensus sur les composantes cliniques d'un programme de collaboration efficace, notamment sur :

- l'utilisation d'un coordonnateur de soins ou d'un gestionnaire de cas;
- l'accès à une consultation en psychiatrie;
- une meilleure éducation des patients ou un meilleur accès aux ressources;
- l'adoption de guides de traitement fondés sur des données probantes;

Le psychiatre peut être appelé à voir quelques patients de façon intermittente sur une longue période, mais ces derniers demeurent sous la responsabilité générale du médecin de famille.

- le soutien à l'autogestion;
- le suivi téléphonique;
- les psychothérapies brèves, notamment l'entrevue motivationnelle.

EXEMPLE DE PROGRAMME DE COLLABORATION EFFICACE

Depuis 1994, le programme de santé mentale de l'équipe de santé familiale (anciennement « l'organisme de service de santé ») de Hamilton (Kates et coll. 2011, *Integrating mental health services within primary care settings*) intègre avec succès des conseillers en santé mentale et des psychiatres dans des cabinets de médecins de famille de Hamilton, une ville de 500 000 habitants du Sud de l'Ontario, au Canada (Vingilis et coll. 2007). Depuis 2006, des spécialistes en toxicomanie et des professionnels de la santé mentale de l'enfant s'ajoutent à l'équipe.

Les équipes de santé familiale (ESF) représentent le modèle ontarien de soins primaires transformés (Rosser et coll. 2010). Ce sont des groupes de médecins indépendants travaillant au sein d'équipes multidisciplinaires afin d'offrir à la population des services complets, jour et nuit. Les médecins de famille d'une ESF sont rémunérés par capitation (c.-à-d. qu'ils reçoivent un montant forfaitaire mensuel par patient) et touchent des primes pour certains aspects des soins préventifs et la prise en charge des maladies chroniques; des sommes additionnelles sont aussi accordées pour les services d'autres professionnels de la santé, notamment les conseillers en santé mentale et les psychiatres. Tous sont intégrés dans un cadre de gouvernance commun comprenant une équipe de gestion centrale responsable de la supervision du programme de santé mentale.

L'ESF de Hamilton regroupe 150 médecins de famille dans 81 établissements, qui fournissent collectivement des soins à près de 70 % de la population de la ville. La majorité des cabinets ne comptent qu'un ou deux médecins, et quatre en comptent de cinq à sept.

Conseillers en santé mentale

Chaque médecin de famille compte environ 2 200 patients et bénéficie des services à temps partiel d'un conseiller à l'intérieur même du cabinet (0,25 à 0,3 équivalents temps plein par médecin). On estime qu'un conseiller à temps plein est suffisant pour assurer un soutien auprès de 7 000 patients. Le programme compte 48 postes à temps plein, pourvus par 74 conseillers. Il s'agit majoritairement d'infirmières autorisées et de travailleurs sociaux titulaires d'une maîtrise possédant de l'expérience dans le cadre de programmes de

santé mentale. Le conseiller rencontre tout patient du cabinet auquel il est affecté.

La consultation thérapeutique est généralement de courte durée, soit en moyenne 5,9 visites par période de traitement. La moitié des patients ne sont vus qu'une ou deux fois. L'approche fonctionne grâce au modèle de soins « partagés » (Kates et coll. 2008). Le médecin de famille peut reprendre en charge le traitement du patient tôt dans le processus, ou après la mise en place d'un plan initial, car il sait qu'il pourra avoir accès régulièrement aux conseils et au soutien du conseiller et qu'il pourra en tout temps lui demander de revoir le patient s'il le juge utile.

La priorité est accordée aux personnes aux prises avec des problèmes graves, notamment les cas de psychose, de trouble bipolaire ou de dépression majeure, ainsi qu'à celles qui vivent un stress situationnel important ou qui traversent une crise. On s'attend à ce que le conseiller voie les enfants et les familles, les adultes et les aînés. Certaines personnes recevront un soutien prolongé, si elles en ont besoin, alors que d'autres seront vues de façon intermittente, selon leurs besoins, souvent à intervalles de plusieurs mois, voire des années. Les conseillers en santé mentale travaillent essentiellement de la même manière que les médecins de famille avec qui ils partagent les responsabilités cliniques.

Le conseiller en santé mentale porte différents chapeaux. Il peut agir comme coordonnateur de soins, facilitant l'exécution de plans d'intervention établis par un autre membre du personnel de soins primaires, comme navigateur, psychothérapeute, défenseur des droits ou promoteur de la santé. Il peut aussi faciliter la liaison avec les organismes communautaires et il est en mesure de voir les urgences quand elles se déclarent. Le conseiller est en outre appelé à diriger des groupes et à faciliter le lien entre l'utilisateur et les ressources communautaires et programmes locaux de santé mentale lorsque l'établissement de soins primaires ne peut répondre à lui seul à ses besoins.

Psychiatres

Le psychiatre passe environ une demi-journée par mois par médecin dans chaque cabinet. Il agit principalement comme consultant auprès des médecins de famille, des infirmières et des conseillers en santé mentale. Environ la moitié des consultations psychiatriques ne nécessitent qu'une seule visite. Pour d'autres, il faudra plus d'un rendez-vous pour procéder à l'évaluation, trouver réponse à des questions diagnostiques complexes ou stabiliser les symptômes par un nouveau traitement. Le psychiatre peut être appelé à voir quelques patients de façon intermittente sur une longue période, mais ces derniers demeurent sous la responsabilité générale du médecin de famille. Il fournit en outre des « soins indirects » lors de discussions de cas et de l'examen de dossiers de patients, il assure un soutien au personnel par téléphone ou courriel entre ses visites et offre des conseils éducatifs aux médecins de famille, principalement sur des cas précis et souvent de façon impromptue. Chaque personne que rencontre le conseiller ou le psychiatre ou qui fait l'objet de discussions avec eux permet aux médecins de faire des apprentissages qu'ils pourront généraliser et appliquer à des cas cliniques similaires dans l'avenir.



Mention de source : Chantal Mathieu/NH Photographes

Nick Kates, 14^e conférence des soins de collaborations en santé mentale, juin 2013, Montréal

Autres services de consultation spécialisés

Les services de deux spécialistes en toxicomanie et de trois professionnels de la santé mentale des enfants et des jeunes visent à accroître les compétences et la capacité des conseillers, des médecins de famille et des infirmières praticiennes pour la prise en charge des problèmes de cette nature. Ces intervenants offrent directement des soins aux patients, mais leur principale tâche consiste à diriger des discussions et des études de cas, à donner des conseils éducatifs, à mener des groupes, à offrir de la consultation auprès des membres de l'équipe de soins primaires sur des cas précis, ainsi qu'à faciliter l'ajustement vers les services de santé mentale et de toxicomanie pour enfants. Un pédopsychiatre est disponible une demi-journée par semaine pour s'entretenir au téléphone ou en personne avec les membres de l'équipe du programme de santé mentale de l'équipe de santé familiale.

Coordination du programme

Une petite équipe de gestion centrale formée d'un gestionnaire, d'un directeur médical et de trois employés de soutien coordonne les activités dans les établissements. Elle offre un soutien continu aux psychiatres et aux conseillers, et contribue au recrutement et à l'évaluation du personnel en santé mentale. Elle est chargée de définir les normes du programme, de déployer les ressources, de communiquer avec les organismes de financement et de trouver des solutions quand surviennent des problèmes.

Rôle des autres prestataires de soins primaires

Tous les membres de l'équipe de soins primaires et de santé mentale continuent de jouer un rôle dans la prestation des soins

de santé mentale, en particulier les médecins de famille et les infirmières qui aident aussi les patients à modifier leurs habitudes de vie et à gérer leur stress, en plus de leur offrir un soutien et un suivi constants. Les médecins de famille ont dit que la présence de l'équipe de santé mentale augmentait leur niveau de confiance, de compétence et de confort dans l'évaluation et la prise en charge des problèmes de santé mentale. Le soutien étant facile d'accès, ils sont plus susceptibles de chercher à obtenir de l'information sur les problèmes de santé mentale et de toxicomanie en raison de leur contribution potentielle aux résultats cliniques globaux (Farrar 2001).

Des pharmaciens prennent part aux bilans comparatifs et revues de médicaments, surtout pour les patients qui en prennent plusieurs, en plus d'offrir au médecin de famille des conseils pharmaceutiques et de diriger des groupes de formation. Des diététistes font du dépistage de troubles dépressifs auprès des diabétiques et les redirigent vers le médecin de famille si un problème est décelé.

Constats

Le programme a amélioré l'accès aux soins de santé mentale, surtout chez les populations insuffisamment servies comme les groupes ethnoculturels, et raccourci le délai d'attente pour l'obtention de services (Kates et coll. 2011c). Il a amélioré la capacité des soins primaires d'offrir des services de santé mentale, et ce, de deux façons : en rehaussant le niveau de compétence et de confort des médecins de famille et autres prestataires, et en élargissant l'éventail et le nombre de cas bénéficiant de soins de santé mentale. Le programme améliore également la capacité du système de soins de santé mentale,

car les gens seront plus nombreux au sein d'une collectivité à recevoir des soins de santé mentale. La coordination des soins est meilleure avec la prise de notes sur la santé mentale directement dans le dossier de soins primaires du patient. Les différents intervenants ont souvent l'occasion de discuter des plans de traitement grâce à leur proximité et aux liens personnels qu'ils ont tissés, ainsi que d'intégrer les soins de santé physique et émotionnelle.

Le programme favorise également une utilisation plus efficace des services de santé mentale. Un triage est effectué avant qu'on dirige une personne vers ces services, la responsabilité des soins peut être redonnée au médecin de famille plus tôt au cours de la période de traitement, et les fournisseurs de soins primaires peuvent élargir l'éventail de patients qu'ils voient.

L'établissement de partenariats avec des organismes au sein de la collectivité aide les services de soins primaires à mieux composer avec les déterminants sociaux et environnementaux ainsi qu'à aplanir les inégalités sur le plan de l'accès et des résultats cliniques.

Le programme bonifie également l'expérience vécue par les usagers relativement aux soins reçus (Kates et coll. 2011c), et le degré de satisfaction se maintient à un niveau élevé. Les soins sont prodigués dans un environnement plus accessible et familier, peut-être aussi plus acceptable culturellement parlant et moins stigmatisant, un endroit où les usagers sentent que leur traitement est mieux coordonné. Le milieu de soins primaires est aussi un excellent endroit pour travailler avec les familles et les individus, les inclure dans l'évaluation, s'il y a lieu, les faire participer au plan de traitement et les soutenir dans leur rôle de fournisseurs de soins.

Facteurs de réussite

Un certain nombre de mesures expliquent la réussite du programme. Il a été conçu comme un partenariat dès le départ, et on a adapté le modèle aux besoins de chaque cabinet, tout en respectant les lignes directrices et les finalités générales du programme (Kates et coll. 2006).

Il était essentiel aussi de bien préparer les prestataires de soins de santé mentale à évoluer dans un cadre de pratique différent, et notamment de leur faire comprendre les exigences et le rythme de travail du milieu de soins primaires et de leur rappeler qu'ils sont des invités dans la maison de quelqu'un d'autre. Les services doivent être pertinents, et les concepts traduits en langage compréhensible pour le personnel de soins primaires. Les prestataires de services de santé mentale doivent repenser leurs compétences et leurs outils afin de les regrouper ou de les

adapter en fonction d'un contexte différent. Il est essentiel aussi de recruter du personnel qui comprend. La présence d'une équipe de gestion centrale est également extrêmement importante.

DE NOUVEAUX DÉFIS POUR LES SOINS DE SANTÉ MENTALE EN COLLABORATION

Vu le nombre croissant de preuves soutenant les avantages d'une meilleure collaboration et de l'intégration des services de santé mentale aux soins primaires, examinons maintenant comment les modèles de collaboration peuvent aider à relever d'autres défis qui se posent à notre système de soins de santé. Les paragraphes qui suivent en décrivent quelques-uns.

Améliorer la capacité des services de soins primaires d'offrir des soins de santé mentale : les soins de santé mentale primaires

Les soins de santé mentale primaires, c'est plus que simplement transposer les services de santé mentale dans un contexte de soins primaires. C'est principalement améliorer les compétences des prestataires de soins primaires pour la prise en charge des problèmes de santé mentale en tant que porte d'entrée du système, c'est les soutenir dans ce rôle et les doter d'outils simples et de compétences qui pourront leur servir pour n'importe quelle entrevue, dont l'entrevue motivationnelle (Kates et coll. 2006), le questionnaire sur la santé du patient PHQ-2 (Miller et Rollnick 2012) ou les questions précises à poser dans des situations données. Ce rôle peut être renforcé grâce au soutien des services de santé mentale par téléphone ou en personne, et par des applications technologiques plus novatrices telles que Skype, le courriel, les sites Web, les webinaires et la télépsychiatrie.

Les services de soins primaires sont particulièrement bien placés pour intégrer les soins de santé physique et de santé émotive. Une meilleure intégration des soins et la détection précoce des problèmes émergents peuvent diminuer les visites à l'urgence, améliorer le soutien à l'autogestion des soins et favoriser le traitement des troubles concomitants. Pour accroître la capacité, on peut aussi faire participer les patients à leur propre traitement en tant que partenaires et les soutenir dans ce rôle, améliorer leur niveau de compétence et de confiance dans la prise en charge de leur problème en mettant à leur disposition des outils simples et des ressources complémentaires à ce qu'offre le cabinet, par exemple la thérapie cognitivo-comportementale en ligne, de la documentation facile d'accès ou des liens vers certains sites Web.

Améliorer les transitions

Qu'il s'agisse de passer des services de santé mentale pour enfants à ceux pour adultes, de faire la transition entre différents services ou à la suite d'une consultation à l'urgence, le milieu de soins primaires demeure souvent l'unique constante dans le réseau de soins de la personne et doit être un partenaire actif de l'élaboration des plans et de la définition des rôles.

Détection et intervention précoces

Les médecins de famille sont particulièrement bien placés pour déceler des problèmes naissants, surtout s'ils disposent d'informations supplémentaires sur l'interprétation de comportements ou de symptômes quelque peu « étranges » et

s'ils ont accès à des ressources pour les soutenir dans la prise en charge de ces problèmes. Ils peuvent alors entreprendre le traitement plus tôt, ajuster rapidement les plans de traitement, suivre les progrès et prévenir les rechutes.

Créer des partenariats au sein de la collectivité

L'établissement de partenariats avec des organismes au sein de la collectivité aide les services de soins primaires à mieux composer avec les déterminants sociaux et environnementaux ainsi qu'à aplanir les inégalités sur le plan de l'accès et des résultats cliniques. Parmi les avenues possibles à ce chapitre figurent l'intégration des services communautaires dans le contexte des soins primaires, soit sous forme de visites périodiques ou par la création d'un bureau permanent, une participation accrue du personnel de soins primaires aux projets communautaires ou aux activités de sensibilisation, et de l'aide aux patients pour naviguer dans le système.

AUTRES SOUTIENS NÉCESSAIRES À LA PROMOTION DES SOINS EN COLLABORATION

Bien qu'une meilleure collaboration puisse éventuellement contribuer à atténuer bon nombre de problèmes du système de soins de santé, elle doit pour ce faire s'appuyer sur des changements dans l'ensemble du système. Cela comprend notamment des modèles de rémunération de la pratique clinique en collaboration, le financement de projets de collaboration, des mécanismes de diffusion de l'expertise et d'exemples de modèles gagnants dans l'ensemble du système, et un soutien en matière de technologies de l'information. Le soutien de vastes organisations telles que les associations professionnelles, les régies régionales de la santé et les établissements d'enseignement est également nécessaire.

L'avenir des soins en collaboration passera à maints égards par la formation des praticiens dans des contextes de collaboration, ce qui fera en sorte que les futurs prestataires de soins s'attendent tout naturellement à travailler en partenariat. Le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada a instauré en 2010 de nouvelles lignes directrices en matière de formation¹, notamment l'obligation pour tout résident en psychiatrie de travailler pendant deux mois dans un contexte de collaboration, une exigence qu'appliquent les programmes partout au Canada (Whooley et coll. 1997). Cela devrait faire partie de la formation de tous les apprenants, mais il devrait y avoir des occasions pour les apprenants de programmes différents d'être en contact les uns avec les autres pendant leur formation.

RÉSUMÉ

Au cours des dix dernières années, on a reconnu l'importance d'améliorer la collaboration entre les prestataires de soins primaires et les fournisseurs de soins de santé mentale. Il existe de nombreuses façons d'y parvenir, et une collaboration fructueuse peut contribuer à accroître l'accès aux services, à réduire la fragmentation, à améliorer la continuité et la coordination des soins, et à offrir des services avec lesquels le patient se sentira plus à l'aise. Elle a aussi le potentiel d'aider à résoudre des problèmes de service plus vastes qui touchent tous les systèmes de soins de santé.

Fondée sur des principes simples et bien établis, une meilleure collaboration peut avoir une influence marquante sur les résultats cliniques de personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de toxicomanie, car beaucoup d'entre elles, sinon, ne recevraient pas de soins.

¹ [En ligne]. [http://www.royalcollege.ca/cs/groups/public/documents/document/y2vk/mdaw/~edisp/tztest3rcpsced000804.pdf].

BIBLIOGRAPHIE

- Collège des médecins de famille du Canada. (2011). *A Vision for Canada: Family Practice – The Patient's Medical Home: Position Paper*, Ontario, réf. du 9 août 2013, [En ligne]. [http://www.cfpc.ca/A_Vision_for_Canada/]. Publié aussi en français sous le titre *Une vision pour le Canada – La pratique de la médecine familiale : le Centre de médecine de famille : exposé de position*, [En ligne]. [http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/CMF_Une_Vision_Pour_le_Canada.pdf].
- Craven, M. et R. Bland. (2013). « Depression in primary care: Current and future challenges », *Canadian Journal of Psychiatry*, 58(8).
- Farrar, S. et coll. (2001). « Integrated model for mental health care: Are health care providers satisfied with it? », *Canadian Family Physician*, 47(12), 2483-2488.
- Kates, N. (2009). « Shared/collaborative mental health care ». Dans J. S. Leverette, G. Hnatko et E. Persad (dir.), *Approaches to postgraduate education in psychiatry in Canada: What educators and residents need to know*. Association des psychiatres du Canada, Ottawa, 183-197.
- Kates, N., C. MacPherson-Doe et L. George. (2011). « Integrating mental health services within primary care settings: The Hamilton family health team », *Journal of Ambulatory Care Management*, 34(2), 174-182.
- Kates, N. et coll. (2006). « Collaboration between mental health and primary care services: A planning and implementation toolkit for health care providers and planners », Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, réf. du 23 juillet 2010, [En ligne]. [http://www.ccmhi.ca/en/products/toolkits/documents/EN_Collaborationbetweenmentalhealthandprimarycareservices.pdf]. Publié aussi en version française sous le titre *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*, [En ligne]. [http://www.ccmhi.ca/fr/products/toolkits/documents/FR_Collaborationbetweenmentalhealthandprimarycareservices.pdf].
- Kates, N. et coll. (2011a). « The evolution of collaborative mental health care in Canada: A shared vision for the future », *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5). Publié aussi en français sous le titre *L'évolution des soins de santé mentale en collaboration au Canada : une vision d'avenir partagée*, [En ligne]. [http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Publications/_PDFs/L%E2%80%99C3%A9volution%20des%20soins%20de%20sant%C3%A9%20mentale%20en%20collaboration%20au%20Canada.pdf].
- Kates, N. et coll. (2011b). « Joint position paper of the Canadian psychiatric association and the College of family physicians of Canada », *Canadian Family Physician*, 57(4).
- Kates, N. et coll. (2011c). « Integrating mental health services in primary care: Lessons Learnt », *Families, Systems and Health*, 19(1), 5-12.
- Kates, N., M.-A. Gagné et J. White. (2008). « Collaborative mental health Care in Canada – Looking back and looking ahead (Editorial) », *Canadian Journal Community Mental Health*, 27(2), 1-4.
- Miller, W. R. et S. Rollnick. (2012). *Motivational Interviewing*, 3^e éd., New York, Guilford Press, [En ligne]. [ISBN 978-1-60918-227-4].
- Rosser, W. et coll. (2010). « Patient-centred medical home in Ontario », *The New England Journal of Medicine*, 362(3).
- Vingilis, E. et coll. (2007). « Process evaluation of a shared care model: Hamilton HSO mental health and nutrition program », *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 5(4), [En ligne]. [http://www.ijahsp.nova.edu].
- Whooley, M. A. et coll. (1997). « Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many », *Journal of General Internal Medicine*, 12(7), 439-445.

Consolider la première ligne en santé mentale grâce aux jeunes et en valorisant la participation du milieu

Recommandation # 3 du Commissaire à la santé et au bien-être

En décembre dernier, le Commissaire à la santé et au bien-être publiait le *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2012 – Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*. Ce rapport comporte 5 grandes recommandations (voir encadré à la fin du texte) pour améliorer la performance du système de santé et de services sociaux dans le secteur de la santé mentale. En lien avec le thème de ce numéro, nous vous exposons ici les éléments clés de la 3^e recommandation du Commissaire : *Consolider la première ligne en santé mentale grâce à la collaboration, en adaptant les services offerts aux jeunes et en valorisant la participation du milieu communautaire*. Nous vous invitons à prendre connaissance du texte complet relatif à cette recommandation dans le rapport officiel au http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012_SanteMentale/CSBE_Rapport_Appreciation_SanteMentale_2012.pdf, p. 73-100, ainsi que du mot du Commissaire qui introduit le rapport (p. 1) et dont nous vous présentons un bref extrait ci-contre.

CONSTATS

L'implantation des équipes de santé mentale et du guichet d'accès dans les CSSS, dans le cadre du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 (PASM 2005-2010)* varie beaucoup d'une région à l'autre avec des délais d'intervention qui fluctuent beaucoup.

L'isolement des médecins de famille est majeur, alors qu'ils sont pourtant la porte d'entrée aux services pour 70 % des personnes ayant des troubles mentaux courants (anxiété et dépression) et 40 % des personnes ayant des troubles mentaux graves (schizophrénie, par exemple). De fait, plus de la moitié des médecins de famille estiment n'avoir aucun contact avec d'autres dispensateurs de services de santé mentale et 90 % n'auraient aucune relation avec les organismes communautaires et les centres de crise.

Au Canada, seulement 25 % des jeunes âgés de 15 à 24 ans atteints de troubles mentaux vont chercher de l'aide, alors que ce chiffre atteindrait près de 40 % chez les adultes, en raison de différentes barrières à la demande d'aide et de la difficulté à rejoindre les jeunes. De plus, la transition difficile entre les services de pédopsychiatrie et les services de psychiatrie adulte mérite une attention particulière afin d'éviter les ruptures de services néfastes pour les jeunes ayant un trouble mental.

Enracinés dans la communauté, les organismes communautaires outillent et soutiennent les personnes atteintes de troubles

Mot du commissaire

EXTRAIT

« C'est avec fierté que je vous présente ce quatrième rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux, qui porte sur le secteur de la santé mentale. Ce rapport marque le début de notre planification stratégique 2012-2017, alors que nous poursuivons nos efforts pour optimiser notre façon de faire en matière d'appréciation de la performance, tout en souhaitant être plus accessible par des rapports plus concis, mais tout aussi riches. [...]

Dans le cadre de la réalisation de ce rapport d'appréciation, nous avons voulu nous assurer de bien comprendre la réalité vécue par ces personnes ainsi que par leur entourage. C'est pourquoi nous avons rencontré et écouté des usagers des services en santé mentale, des familles, des représentants d'organismes communautaires, des cliniciens, des experts et des décideurs, en plus des membres de notre Forum de consultation. Toutes ces personnes ont exposé des difficultés rencontrées et nous ont éclairés sur des solutions possibles. [...]

Sans leur engagement et leur passion, la production d'un tel rapport n'aurait pas été possible. »

Pour lire le mot du Commissaire au complet... http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012_SanteMentale/CSBE_Rapport_Appreciation_SanteMentale_2012.pdf, p. 1.

¹ Source de l'article : *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2012 - Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec. Sommaire*, [En ligne]. http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012_SanteMentale/CSBE_SommaireSM_PourPlusEquite.pdf, 18-19.

à la collaboration, en adaptant les services offerts communautaire

mentaux dans leur processus de rétablissement et d'intégration sociale, ainsi que leur famille, grâce à une gamme de services complémentaires à ceux offerts par le réseau public. Le recours à l'hospitalisation serait moindre et les coûts, réduits parmi les personnes fréquentant ces services. C'est 8,8 % du budget du programme en santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux qui était consacré à ce chapitre de dépenses, alors que la cible avait été fixée à 10 % par le *PASM 2005-2010*.

ACTIONS À ENTREPRENDRE

- Compléter le déploiement des équipes de santé mentale de première ligne et des guichets d'accès, tel qu'annoncé dans le *PASM 2005-2010*;
- Accroître le nombre de psychiatres répondants actifs dans les territoires de CSSS;

- Systématiser la mise en place de mécanismes formels de liaison efficaces entre les différents prestataires de soins et services de santé mentale;
- Développer des stratégies et des approches novatrices permettant l'identification des jeunes âgés de 16 à 25 ans;
- Revoir l'offre de services dans le secteur de la santé mentale pour les jeunes âgés de 16 à 25 ans, en se basant sur les besoins, afin d'assurer des passerelles flexibles entre les services qui s'adressent aux moins de 18 ans et ceux offerts pour la clientèle adulte;
- Rehausser le financement des organismes communautaires en santé mentale à la hauteur de ce qui était prévu dans le *PASM 2005-2010*.

Les cinq grandes recommandations du Commissaire

- 1** METTRE À CONTRIBUTION LE RÉSEAU COMME UN LEVIER PRIVILÉGIÉ POUR ACCENTUER LA LUTTE À LA STIGMATISATION;
- 2** AGIR DE MANIÈRE CONCERTÉE EN MATIÈRE DE PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE ET DE PRÉVENTION DES TROUBLES MENTAUX EN CIBLANT PRIORITAIREMENT LES ENFANTS ET LES JEUNES DE MOINS DE 25 ANS;
- 3** CONSOLIDER LA PREMIÈRE LIGNE EN SANTÉ MENTALE GRÂCE À LA COLLABORATION, EN ADAPTANT LES SERVICES OFFERTS AUX JEUNES ET EN VALORISANT LA PARTICIPATION DU MILIEU COMMUNAUTAIRE;
- 4** DIVERSIFIER LE PANIER DE SERVICES ASSURÉS DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ MENTALE EN GARANTISSANT UN ACCÈS ÉQUITABLE À DES SERVICES DE PSYCHOTHÉRAPIE;
- 5** ASSUMER UN LEADERSHIP GOUVERNEMENTAL AFFIRMÉ DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ MENTALE POUR FAVORISER LA PARTICIPATION SOCIALE ET LE DÉVELOPPEMENT D'UNE CULTURE D'AMÉLIORATION CONTINUE.

POUR EN SAVOIR PLUS...

- Le Réseau Qualaxia propose dans son infolettre de novembre 2013 quelques publications en lien avec le thème de ce numéro : l'accès à la psychothérapie dans les services de première ligne, la gestion des troubles mentaux par les médecins généralistes, guide d'implantation du partenariat de soins et de services...
Un complément de lecture intéressant!
<http://suivi.lnk01.com/v/443/5aac02f8548a49dea31293c38a3d39e1db320e7e03199e39>
- La Commission de la santé mentale du Canada publie sur son site six courts textes du Dr Michel Gervais sur les soins de collaboration en santé mentale et sur l'intégration des services de santé mentale en première ligne :

Article 1 - Soins de collaboration en santé mentale

Article 2 - Le modèle de soins chroniques et les soins de collaboration en santé mentale

Article 3 - Intégrer les services de santé mentale à des services de première ligne complets : une nécessité

Article 4 - La science de la complexité : un paradigme de gestion de la santé mentale à l'intérieur du système de santé

Article 5 - La science de la complexité et les soins de collaboration en santé mentale : le point

Article 6 - Les décideurs et la vision stratégique du vingt-et-unième siècle : gérer les soins de collaboration dans des environnements complexes et composer avec les facteurs d'incertitude

Les soins de première ligne en santé de la réforme en cours

Par Marie-Josée Fleury, chercheuse, Institut Douglas; professeure agrégée, Département de psychiatrie, Université McGill; directrice scientifique, Centre de réadaptation en dépendance de Montréal – Institut universitaire (CRDM-IU)



Marie-Josée Fleury

RÉSUMÉ: Au cours des dernières années, le système sociosanitaire et de santé mentale a été substantiellement transformé. Les changements visaient surtout la consolidation des soins de première ligne et une meilleure intégration du dispositif de soins par la création de réseaux locaux de services. Les équipes de santé mentale et de soins partagés ou de collaboration, en vue de soutenir les omnipraticiens, ont été les principales cibles de mise en œuvre de la réforme. Cet article résume les orientations de la réforme des soins de première ligne en santé mentale et décrit quelques constats sur leur déploiement.

INTRODUCTION: L'Organisation mondiale de la santé (OMS 2011) estime que d'ici 2030, les troubles mentaux (spécifiquement la dépression) seront la principale cause de morbidité dans les pays industrialisés (Mathers et Loncar 2006). Depuis les dernières années, dans plusieurs de ces pays, dont le Canada, ils sont la première cause d'absentéisme au travail, devançant les maladies physiques (Kirby et Keon 2006). Ils entraînent de lourdes conséquences sur la qualité de vie des personnes atteintes, mais également sur leur entourage. La stigmatisation et la discrimination qui en découlent, incluant leurs diverses répercussions (isolement, non-employabilité, etc.), sont au nombre des méfaits associés aux troubles mentaux (Corrigan 2004). Sur le plan international, la prévalence des troubles mentaux sur une année est évaluée entre 4 % et 26 % (Demyttenaere et coll. 2004). Au Canada, 15 % de la population est affectée par ces troubles annuellement (Kisely et coll. 2009). De ce nombre, essentiellement 40 % consulteraient pour raison de santé mentale (Lesage et coll. 2006).

Les troubles mentaux sont divisés en troubles courants (par exemple, la dépression et l'anxiété) et en troubles graves (par exemple, la schizophrénie et le trouble bipolaire). Ces derniers représentent environ de 2 % à 3 % des troubles mentaux, mais sont liés à des coûts élevés, les personnes touchées bénéficiant en général d'une espérance de vie et d'un degré de fonctionnalité fort diminués (Capasso et coll. 2008; Simard 2011). Par ailleurs, de 15 % à 50 % des personnes aux prises avec ces problèmes ont aussi des troubles concomitants, comme le diabète, les maladies cardiovasculaires ou la toxicomanie (Jones et coll. 2004). Enfin, de plus en plus d'études mettent en relief le fait que les troubles mentaux sont souvent de nature chronique. Notamment, selon l'OMS (2001), pour la dépression, 35 % des personnes auraient un

second épisode de maladie après une période de 2 ans, et 60 % après une période de 12 ans.

Étant donné l'importance des troubles mentaux et leurs conséquences, des efforts substantiels ont été consentis depuis les dernières décennies pour réformer le système de santé mentale (Bédard et coll. 1962; Politique de santé mentale : ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) 1989; Premier plan d'action en santé mentale : MSSS 1998). L'accent a d'abord été mis sur les troubles mentaux graves. Le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 (PASM, MSSS 2005a)* innove en faisant plutôt ressortir les troubles courants. Un rapport antérieur du vérificateur général du Québec (2003) avait d'ailleurs souligné le sous-développement des services pour les troubles mentaux courants, lesquels n'avaient été que très peu considérés dans les transformations précédentes. Sur le plan international, les soins primaires ou les services de première ligne, d'une façon globale et en santé mentale, sont aussi privilégiés. De plus en plus d'études internationales mettent en relief que les pays ayant consolidé leurs soins primaires ont une population en meilleure santé (Starfield et coll. 2005). La mise en place de bonnes pratiques est aussi au cœur des enjeux des réformes actuelles¹, le but étant d'optimiser le dispositif de soins et de mieux répondre aux besoins de la clientèle. Cet article veut ainsi résumer les orientations de la réforme en cours sur les soins de première ligne ou les soins primaires en santé mentale au Québec, établir quelques constats quant à l'implantation des transformations et en souligner certaines forces et limites. Il reprend en grande partie les constats déjà émis dans le rapport du Commissaire à la santé et au bien-être, volume 2, intitulé *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et des services sociaux* (Fleury et Grenier 2012).

¹ Voir le chapitre 4 de Fleury et Grenier (2012) qui présente 35 approches ou interventions de type « bonnes pratiques ».

mentale dans le contexte

RÉFORMES ACTUELLES DU DISPOSITIF DE SOINS DE PREMIÈRE LIGNE EN SANTÉ MENTALE

Le *PASM* (MSSS 2005a) s'inscrit dans les transformations globales du système sociosanitaire (MSSS 2005b). Cette réforme a créé 95 (actuellement 94) réseaux locaux de services (RLS), structurés autour de l'approche populationnelle et de la hiérarchisation des soins. L'approche populationnelle implique une responsabilité collective des partenaires d'un RLS à répondre adéquatement aux besoins de la population du territoire. La hiérarchisation des soins spécifie une réponse aux besoins en fonction de l'expertise à déployer et le soutien des services spécialisés aux soins de première ligne. L'accès aux services de santé s'effectue en première ligne, et des références selon les besoins sont acheminées aux services spécialisés pour un retour idéalement de la prise en charge en première ligne. Dans la réforme, les centres de santé et de services sociaux (CSSS) assurent la responsabilité de l'identification des besoins de la population de leur territoire et doivent y répondre en association avec leurs partenaires locaux, régionaux et suprarégionaux pour les services spécialisés ou ultraspecialisés selon des ententes de services.

Dans le cadre de cette restructuration du système sociosanitaire, le *PASM* privilégie un continuum de soins dans les RLS. Afin d'établir solidement les soins de première ligne en santé mentale, plusieurs orientations ont été déterminées, dont plus spécifiquement, la consolidation d'équipes de santé mentale et de guichets d'accès en CSSS et les soins partagés ou de collaboration. Les équipes de santé mentale adoptent différentes structures organisationnelles selon les territoires et leur densité populationnelle. Pour une bonne proportion, elles sont distinctes de celles qui prodiguent du soutien d'intensité variable (SIV) et du suivi intensif (SI); elles offrent ainsi de l'intervention thérapeutique de groupe ou individuelle selon les besoins. Plusieurs sont responsables des ressources d'hébergement et quelques-unes proposent l'ensemble des mesures de soutien dans la communauté, soit le SI et le SIV. Certaines ont innové en donnant de la formation ou du soutien aux omnipraticiens ou des services directement dans leurs bureaux aux personnes souffrant de troubles mentaux. Plusieurs ont institué des services pour assurer un soutien minimal aux personnes inscrites sur les listes d'attente. Enfin, quelques-unes ont noué des ententes de partenariat avec des organismes communautaires, particulièrement pour le SIV, ou avec des centres de réadaptation, spécifiquement pour les troubles concomitants de dépendance (Fleury et coll. 2013). Pour améliorer l'accès aux services dans chaque RLS de 100 000 habitants, le *PASM* recommandait que les équipes de santé mentale soient constituées de 20 intervenants–2 omnipraticiens pour la clientèle adulte et de 6 intervenants–0,5 omnipraticien pour la clientèle jeunesse. En 2013, les équipes ne comprenaient que 55 % à 75 % des effectifs prévus (Delorme, 2013). Le recrutement et l'intégration des

omnipraticiens et des psychologues dans les équipes sont par ailleurs problématiques (Fleury et Grenier 2012).

Les guichets d'accès, prévus minimalement en fonction d'une population de 50 000 habitants, s'occupent de la hiérarchisation des cas pour les équipes de santé mentale et sont constitués de membres de ces équipes². En 2010, le nombre de guichets en CSSS recensés par le MSSS (2012) dans les 15 régions sociosanitaires s'établit ainsi pour la clientèle adulte : dans 9 régions, ces dispositifs couvrent l'ensemble du territoire; dans 3 régions, « des développements sont à faire pour parvenir à leur consolidation » et dans 3 autres, « ils sont en voie de parachèvement ». Pour la clientèle jeunesse, 13 régions disposeraient de guichets. Certains ont par ailleurs été mis en place sans égard au nombre d'habitants sur leur territoire – soit

Afin d'établir solidement les soins de première ligne en santé mentale, plusieurs orientations ont été déterminées, dont plus spécifiquement, la consolidation d'équipes de santé mentale et de guichets d'accès en CSSS et les soins partagés ou de collaboration.

pour les RLS de moins de 50 000 habitants (MSSS 2012). Dans divers territoires, de la confusion et un certain chevauchement se manifesteraient entre le guichet et d'autres « portes d'entrée », comme les services d'accueil-évaluation-orientation (AEO) et le module d'évaluation-liaison (MEL; ce service a été institué dans certains hôpitaux universitaires) (Ordre des psychologues 2010). Les délais d'attente aux guichets seraient l'un des talons d'Achille de la réforme, ceci s'expliquant en partie par le succès mitigé de la mise sur pied des transformations planifiées. En 2010-2011, le délai moyen d'accès entre la première assignation et la première intervention était de 25,6 jours pour les adultes et de 32,3 jours pour les jeunes. Une variation entre 10 à 50 jours était observée selon les régions. Approximativement, la moitié des régions ne respectait pas la cible de 30 jours de délai fixée par le MSSS (Fleury et Grenier 2012). De plus, la mise en place des guichets d'accès aurait parfois fragilisé et compromis le réseautage qui existait auparavant entre les CSSS et leurs partenaires ou les omnipraticiens ou les psychiatres (Aubé et Poirier 2010; Fleury et coll. 2010).

Les soins partagés ou de collaboration impliquent la coordination des omnipraticiens, des psychiatres et des ressources

² Ces équipes peuvent inclure la présence d'un psychiatre répondant pour les cas plus complexes.

psychosociales, afin d'optimiser les services aux patients (rehausser les compétences de la première ligne et intégrer les soins). Différents modèles de soins partagés sont recensés dans la littérature (Kates et coll. 2011). Celui de coordination-consultation est privilégié au Québec avec la fonction de psychiatre répondant. Cette fonction n'a néanmoins été entérinée qu'à l'automne 2009, après de longues négociations entre le MSSS et l'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ). En décembre 2011, il y avait 316 psychiatres répondants autorisés en psychiatrie adulte dans la province, mais seulement 90 étaient actifs³. Toutes les régions sociosanitaires en seraient pourvues d'au moins un, sauf deux qui n'en n'ont aucun. Dans 8 régions, la fonction de psychiatre répondant pour la clientèle adulte reste encore à implanter en bonne partie. En pédopsychiatrie, il y aurait 120 psychiatres répondants, dont 57 actifs. Cependant, il n'y aurait aucun poste pourvu dans 6 régions (AMPQ 2011). Dans le *PASM*, deux psychiatres répondants étaient prévus « équivalent temps plein » pour une population de 100 000 habitants. En 2009, à la suite des négociations, le temps dévolu à ce mandat a été fortement réduit. La fonction prévoit une présence sur

préoccupations de surspécialisations, ceci dans un contexte où la valorisation de la psychiatrie générale n'est pas la norme (Aubé et Poirier 2010).

FORCES ET LIMITES DES RÉFORMES EN COURS

Le *PASM* visait une modification en profondeur de l'organisation des services de santé mentale au Québec. Pour la première fois, l'accent est mis sur les soins primaires, et les médecins (omnipraticiens et psychiatres) sont au centre de cette restructuration. La réforme innove en insistant sur le travail interdisciplinaire, la coordination et la hiérarchisation des soins, le soutien accru à la clientèle dans la communauté et, dans une moindre mesure, le recours à de bonnes pratiques cliniques. La reconnaissance de la personne utilisatrice de services en santé mentale, maître d'œuvre de son rétablissement, est aussi renforcée, comparativement aux réformes antérieures. La lutte contre la stigmatisation, au cœur des enjeux, requiert l'accroissement de l'intégration des personnes dans leur communauté (logement, travail, participation aux processus décisionnels, pairs aidants, etc.), volet ayant été peu abordé par la réforme (Fleury et Grenier 2012). Les objectifs poursuivis par le *PASM*, qui devaient être réalisés sur une période de cinq ans, étaient donc fort ambitieux et demandaient des changements substantiels de l'organisation des soins et une coordination importante des leviers gouvernementaux de pouvoir. Plusieurs leviers sont hors du contrôle de la Direction de la santé mentale, dont la régulation des médecins, la coordination avec d'autres programmes-services ou secteurs (dépendance, jeunesse en difficulté, soins primaires, etc.) et l'enveloppe budgétaire globale allouée à la santé mentale.

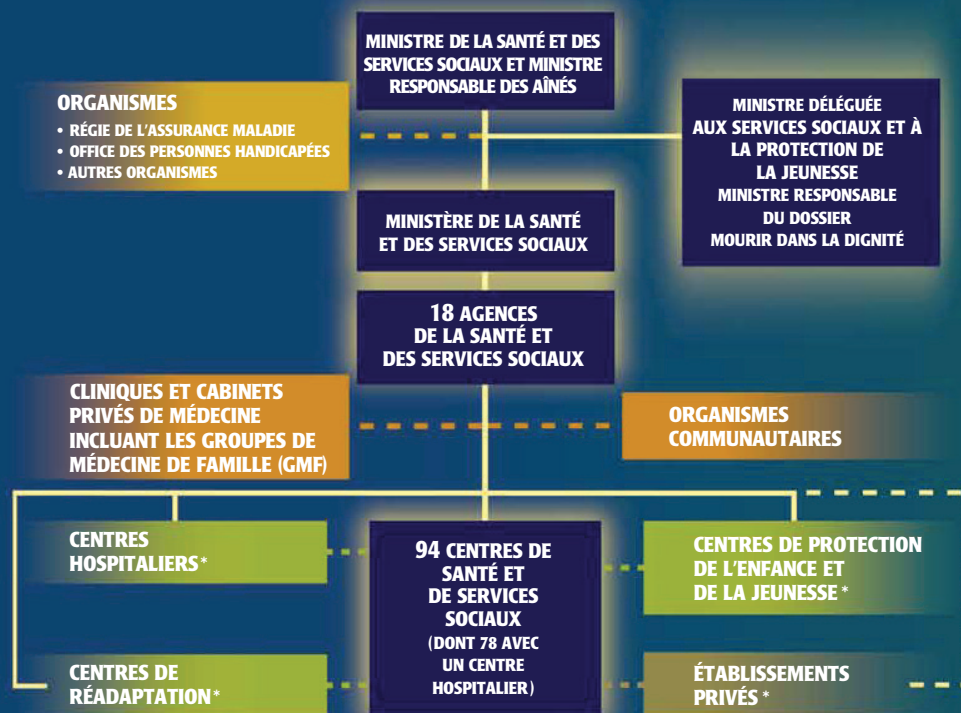
Malgré le désir d'établir le *PASM* sur des bases solides, peu de nouveaux fonds ont été rendus disponibles, et les transferts de ressources entre établissements ou services n'ont pas eu lieu à la hauteur des objectifs ciblés. La priorité accordée au programme de santé mentale au sein du MSSS est restée somme toute amplement théorique, le financement réservé à la santé mentale n'ayant pas été favorisé dans la structuration par programmes-services. Les restructurations effectuées particulièrement dans les hôpitaux psychiatriques, bien qu'en deçà des objectifs initialement ciblés, ont permis une certaine consolidation des services offerts en CSSS, des services ambulatoires et, surtout, de la première ligne. L'investissement dans les services ambulatoires a en fait quasiment doublé durant cette période (Fleury et Grenier 2012). Néanmoins, le financement global des organismes communautaires, pourtant des acteurs centraux des soins primaires en santé mentale, demeure toujours sous le seuil des objectifs du *PASM* (10 % des ressources du programme), quoiqu'il varie selon les régions. Il existe également des disparités significatives entre les régions en matière de ressources attribuées par personne. De plus, dans la majorité des régions, les services les plus financés sont encore ceux liés à l'hospitalisation. Les appartements supervisés, tout comme les autres formes d'hébergement aidant les personnes à vivre d'une manière plus autonome tout en intégrant du soutien, entre autres le soutien au paiement de loyer jumelé à un SIV ou à un SI, mériteraient un financement plus généreux. Ces derniers programmes, offerts

La priorité accordée au programme de santé mentale au sein du MSSS est restée somme toute amplement théorique, le financement réservé à la santé mentale n'ayant pas été favorisé dans la structuration par programmes-services.

place – au sein de l'équipe de santé mentale, d'une clinique médicale ou d'une équipe de santé mentale s'adressant aux jeunes des centres jeunesse – d'un psychiatre une demi-journée par semaine, par tranche de 50 000 habitants pour les équipes de santé mentale adultes (50 000 jeunes pour les équipes de santé mentale jeunesse), afin de participer à des discussions de cas. Le reste de la semaine, le psychiatre répondant est à la disposition des intervenants de l'équipe de santé mentale ou du guichet d'accès pour des consultations téléphoniques. Il est également disponible du lundi au vendredi, de 9 h à 17 h, pour donner suite aux demandes des médecins du territoire. L'instauration de soins partagés est problématique dans certaines régions, les psychiatres étant surtout concentrés dans l'agglomération de Montréal (Lafleur 2003). Des divergences ont aussi été observées dans l'interprétation des objectifs du *PASM* : alors que certains psychiatres y voient une occasion de transférer en première ligne leurs patients stabilisés, les intervenants en soins primaires parlent d'un moyen facilitant l'accès à l'expertise de la deuxième ligne. De plus, dans certains territoires, la pratique psychiatrique répondrait davantage aux besoins individuels plutôt qu'à une vision collective des problèmes à résoudre, avec des

³ D'après le MSSS (2012), on comptait 990,2 psychiatres « équivalent temps plein » en 2009.

Organisation du réseau québécois de la santé et des services sociaux



www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls

Santé
et Services sociaux

Québec

Janvier 2013

*Établissements ou organismes qui ne font pas partie d'un CSSS

12-113-02W
Mention de source: Site web du MSSS

pour les personnes ayant de graves troubles de santé mentale, ont d'ailleurs été peu considérés dans la réforme en cours (Fleury et Grenier 2012).

Outre l'accès, problématique d'une façon globale, l'arrimage entre les domaines médical et psychosocial demande à être regardé de plus près. Le modèle biomédical serait toujours prédominant⁴, et une méconnaissance persisterait au sujet de l'utilité et de la compétence de certains professionnels. À titre d'exemple, l'accès à une psychothérapie est encore ardu : expertise à parfaire, longs délais pour l'obtention des services d'un psychologue (Ordre des psychologues 2010), nombre limité de ceux qui exercent dans le réseau public, insuffisance des ressources investies (en comparaison, par exemple, avec celles accordées pour la médication). Étant donné les liens ténus entre omnipraticiens, psychologues et équipe psychosociale de soins, les personnes aux prises avec des troubles mentaux courants en viennent à consulter trop souvent exclusivement leur omnipraticien, lequel offre généralement une médication et une thérapie de soutien, mais pas de psychothérapie (Ordre des psychologues 2010; Fleury et coll. 2010). Finalement, les personnes présentant un diagnostic de troubles concomitants – particulièrement les troubles mentaux et la toxicomanie – représentent toujours un défi pour les services, en raison de la complexité de leur situation et du fonctionnement en silo du système de soins (Fleury et Grenier 2012; Ordre des psychologues 2010).

Actualiser le *PASM* a pris plus de temps que prévu et il est resté inachevé, principalement à cause du manque de ressources requises en CSSS et des lacunes de collaboration entre les CSSS, les omnipraticiens et les psychiatres – ces derniers étant des professionnels de la santé hautement autonomes dans le système de soins et ainsi difficiles à gagner aux réformes. À quelques exceptions près, l'offre de services pour les troubles mentaux courants demeure donc très insuffisante (Ordre des psychologues 2010). Les réformes, tant du secteur sociosanitaire (création des CSSS et des RLS) que de celui de la santé mentale, ont aussi créé une mobilisation élevée du personnel, ce qui a déstabilisé les équipes de soins. Quant aux mécanismes de coordination, dont les psychiatres répondants, ils devront être mieux consolidés. La mise en place de « vrais » RLS et l'intégration du dispositif de santé mentale, incluant un mode de travail réellement interdisciplinaire, notamment entre les médecins et les équipes psychosociales, sont des éléments à améliorer. Les restructurations ont également été concentrées surtout dans les CSSS, laissant en suspens les modifications liées à la création de RLS. En outre, certains intervenants éprouvent des problèmes à passer d'une pratique en établissement à une pratique en réseau (MSSS 2012). Dans une majorité de territoires, les modalités de la transformation restent encore à déterminer et son organisation à parfaire. L'arrimage entre les établissements et les réseaux public, privé et communautaire, ainsi qu'entre les programmes-services et l'intersectoriel (par exemple, municipalité, éducation,

⁴ Il est à noter que, nulle part dans le *PASM*, on ne fait référence à la médication, malgré son importance en santé mentale. Quant à l'approche « bio », elle est nettement moins présente dans les centres à vocation plus sociale, tels les centres jeunesse. Notamment, les protocoles de prévention du suicide, impliquant la présence de médecins et d'infirmières, peinent à voir le jour.

justice), est aussi complexifié par d'importants enjeux de pouvoir et de disponibilité des ressources.

Bref, les objectifs du PASM n'ont pu être atteints en raison de l'ampleur des restructurations et de l'insuffisance des ressources. Un travail colossal a toutefois été accompli : il consistait à distinguer les clients desservis par les services courants ou spécialisés, à établir le profil des clients visés par les différents services et à clarifier les trajectoires de soins et les modalités de coordination aux guichets d'accès et entre les services, sans oublier les négociations avec différents groupes d'acteurs à l'intérieur des CSSS, de même qu'entre ces derniers et les services spécialisés et les organismes communautaires. Les mécanismes donnant accès à ces guichets ont été formalisés, des

Bref, les objectifs du PASM n'ont pu être atteints en raison de l'ampleur des restructurations et de l'insuffisance des ressources. Un travail colossal a toutefois été accompli...

structures de concertation mises en place, etc. Des tensions politiques ou historiques entre les acteurs et la difficulté à obtenir un consensus sur la hiérarchisation des services et la coordination des soins ont été contournées. Enfin, bien que des avancées notables aient été réalisées, l'implantation inégale de la réforme – qui devrait se poursuivre quelques années et dans le prochain plan d'action – s'explique par un accompagnement insuffisant dans le processus du changement et du transfert des connaissances, des facteurs clés pour une réussite incontestable. En 2008, le MSSS a néanmoins créé le Centre national d'excellence en santé mentale. Ce dernier a d'abord abordé le déploiement du SI et du SIV, et à partir de 2011, les soins primaires en santé mentale. Des réunions biannuelles ont aussi été tenues, mobilisant l'ensemble du réseau. Ces initiatives ont été porteuses, mais des stratégies régionales et locales soutenues devraient aussi être employées. L'ampleur des réformes doit s'accompagner de stratégies d'accompagnement tout aussi ambitieuses!

BIBLIOGRAPHIE

- Association des médecins psychiatres du Québec (AMPO). (2011). *Nombre de postes de psychiatres répondants désignés*, Document interne fourni par l'AMPO.
- Aubé, D. et L.-R. Poirier. (2010). *Évaluation de l'implantation du Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, Mémoire présenté lors des consultations nationales, Institut national de la santé publique du Québec.
- Bédard, D., D. Lazure et C. A. Roberts. (1962). *Rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Capasso, R. M. et coll. (2008). « Mortality in schizophrenia and schizoaffective disorder: An Olmsted County, Minnesota cohort: 1950-2005 », *Schizophrenia Research*, 98(1-3), 287-294.
- Corrigan, P. W. (2004). « How stigma interferes with mental health care », *American Psychologist*, 59(7), 614-625.
- Delorme, A. (2013). « Conférence donnée par le docteur Delorme ». Agence régionale de la santé et des services sociaux et partenaires de la région de Chaudière-Appalaches, 23 septembre 2013.
- Demyttenaere, K. et coll. (2004). « Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys », *Journal of the American Medical Association*, 291(21), 2581-2590.
- Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale (FFAPAMM). (2010). *Consultation nationale sur le Plan d'action en santé mentale 2005-2010, Volet soutien aux membres de l'entourage*, Québec, FFAPAMM.
- Fleury, M.-J., E. Latimer et C. Vallée. (2010). « La réforme en santé mentale. Des services plus accessibles et continus pour une clientèle vulnérable? », *Le point en administration de la santé et des services sociaux*, numéro spécial sur le 5^e anniversaire de la réforme du système québécois de santé, 6(1), 34-39.
- Fleury, M.-J. et coll. (2010). « GP group profiles and involvement in mental health care », *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18(2), 396-403.
- Fleury, M.-J. et coll. (2013). *Portraits synthèses des réseaux locaux de services (RLS) du Québec – Document de travail, avril 2013*, Montréal, Centre de recherche de l'Institut Douglas.
- Fleury, M.-J. et G. Grenier pour le compte du Commissaire à la santé et au bien-être. (2012). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et des services sociaux*, volume II du *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux 2012*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Jones, L. E., W. Clarke et C. P. Carney. (2004). « Receipt of diabetes services by insured adults with and without claims for mental disorders », *Medical Care*, 42(12), 1167-1175.
- Kates, N. et coll. (2011). « The evolution of collaborative mental health care in Canada: A shared vision for the future », *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5), 1-12.
- Kirby, M. J. et W. J. Keon. (2006). *De l'ombre à la lumière. La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*, rapport Kirby, Ottawa, Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.
- Kisely, S. et coll. (2009). « Use of administrative data for the surveillance of mental disorders in 5 provinces », *Revue canadienne de psychiatrie*, 54(8), 571-575.
- Lafleur, P. A. (2003). « Le métier de psychiatre au Québec », *L'information psychiatrique*, 79(6), 503-510.
- Lesage, A. et coll. (2006). *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, Initiative canadienne de collaboration en santé mentale.
- Mathers, C. et D. Loncar. (2006). « Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030 », *PLoS Medicine*, 3(11), e442.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1989). *La Politique de santé mentale*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1998). *Plan d'action pour la transformation des services de santé*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005a). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005b). *Projet de loi n° 83 – Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012). *Évaluation de l'implantation du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Ordre des psychologues du Québec. (2010). *Appréciation du degré d'implantation du Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, Québec, Ordre des psychologues du Québec.
- Organisation mondiale de la santé. (2001). *Rapport sur la santé dans le monde, 2001 – La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*, Genève, OMS.
- Organisation mondiale de la santé. (2011). *Charge mondiale des troubles mentaux et nécessité d'une réponse globale coordonnée du secteur de la santé et des secteurs sociaux au niveau des pays. Rapport du secrétariat*, 129^e session, 1^{er} décembre 2011, [En ligne]. [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_9-fr.pdf].
- Simard, A. (2011). « Effet des troubles métaboliques sur la qualité de vie des personnes atteintes de problèmes de santé mentale », *le partenaire*, 19(4), 9-12.
- Starfield, B., L. Shi et J. Macinko. (2005). « Contribution of primary care to health systems and health », *Milbank Quarterly*, 83(3), 457-502.
- Vérificateur général du Québec. (2003). *Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2002-2003*, tome II, Québec, Gouvernement du Québec.



Le médecin de famille et la santé mentale

Par **Suzanne Pelchat**,
médecin, équipe de
santé mentale, CLSC
de la Jacques-Cartier;
médecin-conseil,
Direction des services
professionnels et
hospitaliers, CSSS de
Québec-Nord

Le texte qui suit est le fruit de 36 années de pratique en médecine familiale, dont les deux étapes principales ont été les 16 premières années dans une clinique médicale à Val-Bélair suivies de 20 autres au sein de l'équipe de santé mentale du CLSC de la Jacques-Cartier à Loretteville. Ma clientèle est constituée d'adultes présentant des problèmes de santé mentale très variés : troubles anxieux, troubles dépressifs, trouble du déficit de l'attention, trouble de personnalité limite, maladie bipolaire, schizophrénie, trouble schizo-affectif, toxicomanie.

Mon profond engagement envers cette clientèle m'a amenée à m'investir activement à l'échelle locale et régionale dans l'organisation des soins et dans la formation médicale continue en psychiatrie. Le texte que vous lirez est donc une réflexion tout à fait personnelle alimentée par mes rencontres, mes observations, mon enthousiasme et mon refus d'accepter l'inertie.

Avant d'aborder les enjeux du médecin de famille en lien avec les problèmes de santé mentale d'une clientèle adulte, il est important de définir qui il est et dans quel contexte il évolue.

En général, le médecin de famille offre des services à une clientèle de tout âge affectée par divers problèmes de santé physique ou mentale, d'où la nécessité de maintenir à jour ses connaissances dans plusieurs champs de la médecine. Il connaît souvent plus d'un membre de la famille de son client et le milieu psychosocial de celui-ci. Il l'accompagne à toutes les étapes de sa vie et noue donc une relation de confiance et de complicité qui lui permet de bien percevoir ses besoins biopsychosociaux et sa souffrance.

L'omnipraticien est habituellement la première personne consultée dans le réseau de la santé physique et mentale. Cette position privilégiée lui permet de faire de la prévention, du dépistage précoce et de l'éducation. En tout temps, il doit être à l'écoute des besoins de la personne malgré la durée limitée des consultations, faire un bon examen physique et l'investigation appropriée pour établir un diagnostic précis.

Cette démarche est primordiale lorsque la personne présente des problèmes de santé mentale, car elle permet de vérifier que ceux-ci n'ont pas une origine organique. Les diagnostics des

maladies psychiatriques comportent une difficulté particulière, puisqu'il n'y a pas de test de laboratoire ou d'imagerie pour les démontrer de manière objective. Dès lors, des aptitudes d'écoute, d'empathie et de communication sont essentielles afin de mener à bien une bonne évaluation et d'inciter la personne à adhérer à un traitement et à accepter de consulter les services psychosociaux ou un psychiatre si cela s'avère nécessaire. Le médecin de famille doit croire profondément à la capacité d'agir de la personne et à la qualité du lien thérapeutique, susciter l'espoir et viser le rétablissement. De plus, il offre ses soins dans le milieu le plus « normal » possible.

Des études (citées par Fleury 2002) ont démontré

- que de 20 % à 25 % des consultations avec les médecins de famille seraient reliées à des troubles mentaux, dont la dépression et l'anxiété sont les plus fréquentes manifestations;
- qu'au Québec, les médecins de famille traiteraient en moyenne trois fois de personnes qui souffrent de troubles mentaux, incluant les troubles mentaux graves stabilisés, que les psychiatres;
- que de 20 % à 50 % de la clientèle avec des problèmes psychiatriques connaît aussi des problèmes de santé physique chroniques ou de dépendance.



PISTES DE SOLUTION

- Miser sur les soins de collaboration
- Assurer la présence d'un psychiatre répondant auprès des médecins de famille et de l'équipe de santé mentale
- Garantir la présence d'une infirmière en santé mentale dans chaque GMF
- Réduire au minimum les délais d'attente

Comment un omnipraticien qui doit traiter un nombre important de gens de tout âge avec diverses pathologies peut-il s'acquitter d'une telle tâche dans le cadre de rendez-vous de durée limitée? Surtout lorsque s'ajoute à cette situation une difficulté d'accès aux psychiatres (deuxième ligne) et aux services psychosociaux de l'équipe de santé mentale du CLSC (première ligne).

En effet, il n'est pas rare que les délais d'attente s'étendent

sur 4 à 6 mois dans les deux cas. Ce contexte peut moduler la réaction du médecin quant au suivi de ses clients aux prises avec des difficultés en santé mentale. Il peut se sentir mal à l'aise, mal outillé et vivre un profond sentiment de solitude professionnelle. Malgré tout, un grand nombre de médecins de famille éprouvent un vif intérêt à suivre ces personnes. Ils participent alors davantage à des activités de formation continue et de discussion de cas clinique, réaménagent leur horaire et collaborent encore plus avec le réseau psychosocial du CLSC.

Il a été démontré qu'au Québec, un médecin de famille qui suit environ 2 500 personnes devrait consacrer 10,2 heures par jour à son travail s'il applique les lignes directrices de soins recommandées pour les dix maladies chroniques les plus fréquentes (Dumont 2010, basé sur une étude de Ostbye 2005). Une des solutions préconisées par le réseau de la santé a été de miser sur les soins de collaboration, en favorisant la présence des infirmières dans les groupes de médecine familiale (GMF), dégagant plus de temps pour le médecin qui peut se consacrer davantage à d'autres activités cliniques, dont les soins aux personnes ayant des problèmes de santé mentale.

Le médecin de famille ne peut répondre seul à l'ensemble des besoins de cette clientèle spécifique. Plus il bénéficie de l'accès aux membres de l'équipe interdisciplinaire du CLSC et de l'appui des psychiatres, plus il se sent à l'aise dans sa pratique clinique. Cela se traduit par une augmentation de sa cohorte de clients psychiatriques. Il accepte plus de retours en première ligne de personnes suivies en psychiatrie et il réfère en deuxième ligne des personnes dont les besoins correspondent mieux aux services que cette discipline offre.

Pour faire face à la prévalence actuelle des problèmes de santé mentale et rendre les conditions de pratique médicale optimales, plusieurs solutions existent déjà et s'attaquent au « cancer » que constituent les délais d'attente auprès de tous les intervenants (omnipraticien, CLSC, psychiatre). Il s'agit d'apprendre à coopérer avec d'autres et de s'engager dans les soins de collaboration. Ainsi, à chaque étape du suivi d'un client, chaque professionnel

fait ce pour quoi il est le mieux formé, le mieux outillé et le plus habile. La personne reçoit les soins requis par son état de la part de son médecin de famille, des services psychosociaux du CSSS, des organismes communautaires et des services psychiatriques de deuxième ligne.

Comme chacun intervient au bon moment et avec l'intensité de soins appropriés, les délais sont minimisés, ce qui évite d'aggraver les symptômes et les conséquences de la maladie. Sur le système de santé, les résultats sont majeurs puisqu'une meilleure fluidité améliore l'accès aux rendez-vous médicaux, car les nombreuses visites de suivi en cas d'impasse clinique diminuent considérablement.

Plusieurs régions du Québec vivent déjà cette fluidité grâce à l'activité d'un psychiatre répondant. Ce dernier appuie directement les médecins de famille par différentes stratégies : contact téléphonique dans les 24 à 48 heures pour des conseils et de l'orientation, discussions cliniques en groupe, mentorat, etc. Dans

les répercussions négatives psychosociales et professionnelles ainsi que les risques de chronicisation sont réduits au minimum.

Une autre solution est la présence d'une infirmière en santé mentale dans chaque GMF, au même titre que celle de ses collègues s'occupant des maladies chroniques. En concertation avec le médecin de famille, elle assumerait les activités de relance en début de traitement, la psychoéducation, la gestion des effets secondaires et l'observance au traitement. Elle partagerait le suivi avec le médecin, en conformité avec les données probantes, et assurerait le respect des protocoles pharmacologiques en première ligne. Son rôle inclurait également la liaison étroite avec l'équipe de santé mentale du CLSC. D'ailleurs, cette équipe bénéficierait fortement de la présence d'un psychiatre répondant et de celle de professionnels répondants, dont des psychologues et des pharmaciens.

En conclusion, les omnipraticiens ressentent un profond engagement envers la clientèle qu'ils suivent à long terme et

Le médecin de famille ne peut répondre seul à l'ensemble des besoins de cette clientèle spécifique. Plus il bénéficie de l'accès aux membres de l'équipe interdisciplinaire du CLSC et de l'appui des psychiatres, plus il se sent à l'aise dans sa pratique clinique.

ce contexte, les délais d'attente en psychiatrie ne dépassent pas un mois. La preuve est faite que lorsque les omnipraticiens reçoivent une réponse diligente à leurs questions, ils se sentent plus confiants et apportent des solutions cliniques plus rapides. La pertinence d'une référence formelle en psychiatrie – de la part du médecin de famille – pour les cas les plus complexes étant mieux justifiée, cela permet de tirer le meilleur parti de l'utilisation des ressources de deuxième ligne. L'incidence collatérale sur l'équipe du CSSS est qu'elle n'a plus à effectuer une importante collecte de données pour la préparation de cette consultation en psychiatrie. On économise ainsi plusieurs heures. Les services psychosociaux voient diminuer leurs listes d'attente de suivi individuel ou de groupe et peuvent jouer leur rôle de partenaire avec le médecin de famille et d'interface avec les organismes communautaires. Les conséquences sur la personne souffrante peuvent être significatives. Son état s'améliore de façon optimale;

avec laquelle ils entretiennent une belle alliance thérapeutique. Malgré leur importante charge de travail, ils ont à cœur d'offrir les meilleurs services possibles et ils sont ouverts aux soins de collaboration. Des solutions ont fait leurs preuves pour atténuer les principales difficultés rencontrées dans le suivi de leur clientèle aux prises avec des problèmes de santé mentale. Le défi est de les actualiser dans toutes les régions du Québec et de les améliorer par des solutions créatives dont les coûts ne peuvent être plus considérables que ceux générés par des délais d'attente incompatibles avec la qualité des soins et le retour à la vie normale.

Réfléchissons à chaque solution en plaçant chacune des personnes souffrant d'un problème de santé mentale au cœur de ce processus, avec son pouvoir d'agir sur sa vie, et en misant sur ses forces dans sa démarche vers le rétablissement.

BIBLIOGRAPHIE:

- Collège des médecins du Québec. (2005). *Le médecin de famille : un rôle essentiel à moderniser*, énoncé de position, 11 p. plus Annexe I.
- Commission de la santé mentale du Canada. *Services de première ligne*, [En ligne]. [www.mentalhealthcommission.ca/francais].
- Dumont, S. (2010). « Enjeux du suivi interprofessionnel ». *Le médecin du Québec*, 45(12), 24-30.
- Fleury, M.-J. (2002). « Santé mentale en première ligne ». *Santé mentale au Québec*, [En ligne]. [www.santementaleauquebec.ca/spip.php?article491&id_rubrique=58#nb1].
- Kates, N. (2002). « Les soins partagés en santé mentale », *Collège des médecins de famille du Canada*, [En ligne]. [www2.cfpc.ca/cfp/2002/may/vol48-may-editorials-1_fr.asp].
- Ostbye, T. et coll. (2005). « Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? ». *Annals of family medicine*, 3(3), 209-214.

Rétablissement et autogestion

Par Janie Houle, professeure, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal;
directrice, Vitalité, Laboratoire de recherche sur la santé, www.vitalite.uqam.ca



Janie Houle

de la dépression

Depuis le début des années 2000, le modèle de gestion des maladies chroniques est utilisé afin de guider l'amélioration des services de santé de première ligne offerts aux personnes atteintes de dépression. Ce modèle, qui fait l'objet d'un large consensus, propose que la mise en place d'interactions productives entre des personnes informées, actives et motivées et une équipe de soins formée et proactive soit à la base d'une gestion optimale des maladies fortement récurrentes comme la dépression. Le soutien à l'autogestion, une composante centrale du modèle, consiste à accompagner la personne dans l'acquisition des connaissances et des compétences nécessaires pour prendre du pouvoir sur sa santé et prévenir les rechutes. Quelques programmes de soutien à l'autogestion de la dépression ont été créés et suscitent un intérêt grandissant de la part des services de première ligne. Cependant, alors qu'ils devraient être accessibles à toutes les personnes atteintes de dépression, leur implantation demeure inégale sur l'ensemble du territoire québécois.

Au Canada, le trouble dépressif majeur (ou dépression majeure unipolaire) est la maladie mentale la plus fréquente au sein de la population générale (Patten et coll. 2006). Plus d'une personne sur dix (12,2 %) en souffrira au cours de sa vie. Ce trouble constitue une source importante d'incapacité (Andrews 2008; Lépine et Briley 2011) et est associé à une diminution de la productivité et à une hausse de l'absentéisme au travail (Kessler et coll. 2006). Au Canada, on estime que les coûts directs et indirects reliés à la dépression s'élèvent à 14,4 G\$ par année, ce qui en fait une des affections les plus coûteuses au pays (Stephens et Joubert 2001). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) évalue que dès 2030, la dépression majeure unipolaire sera la première cause de maladie dans les pays industrialisés (World Health Organization 2008).

Bien qu'il existe des traitements efficaces, tant sur le plan pharmacologique que psychothérapeutique, les personnes atteintes de dépression doivent néanmoins faire face à des taux de réponse (diminution des symptômes de moitié) insatisfaisants, de l'ordre de 30 % à 60 % (Mahli et coll. 2013; Rush 2011; Lampe, Coulston et Berk 2013). Malgré des traitements optimaux, de trois à cinq personnes sur dix n'obtiendront pas de rémission, c'est-à-dire une diminution de leurs symptômes sous le seuil clinique (Trivedi et coll. 2008, Rush 2011). Parmi les personnes en rémission, de 85 % à 95 % vivront tout de même avec des symptômes résiduels qui augmenteront leur risque de rechute (Fava, Ruini et Belaise 2007; Nierenberg et coll. 2010; Paykel 2008). Les rechutes sont fréquentes dans l'évolution de la maladie : de 30 % à 40 % des personnes vivront un nouvel épisode de dépression majeure au cours des deux premières années de

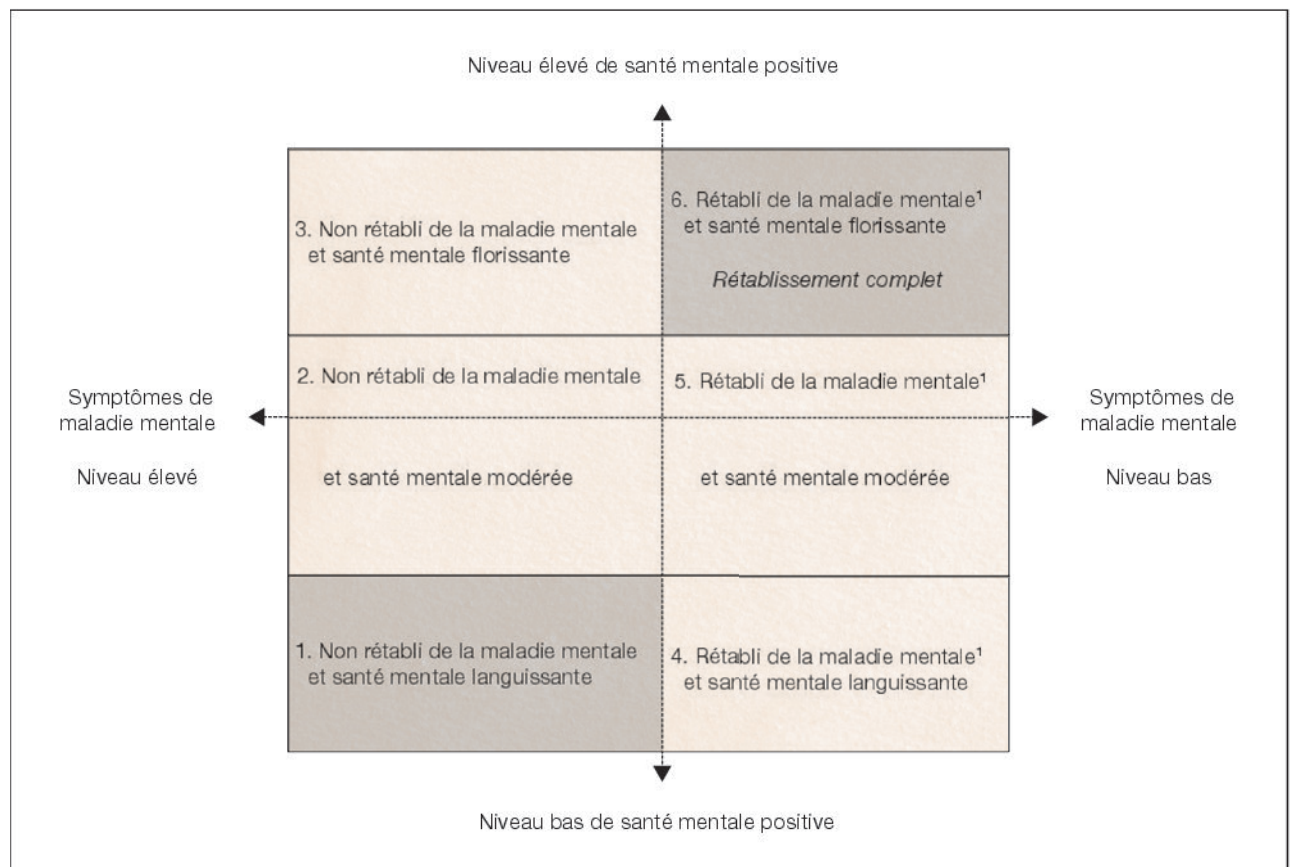
suivi, alors que cette proportion atteint 60 % au cours des cinq premières années (Hardeveld et coll. 2010). De plus, la probabilité de faire une rechute augmente en fonction du nombre d'épisodes antérieurs. La dépression majeure est donc une maladie complexe, récurrente et pour laquelle les traitements disponibles sont d'une efficacité réelle, mais limitée. La symptomatologie ne devrait donc pas être le seul indicateur de rétablissement de cette maladie.

RÉTABLISSEMENT DE LA DÉPRESSION MAJEURE

La conceptualisation pathogénique (axée uniquement sur les symptômes) du rétablissement de la dépression est réductrice et incomplète selon plusieurs experts (Fava, Tomba et Grandi 2007; Stotland 2012; Zimmerman et coll. 2013). Comme le souligne depuis plus de 50 ans l'OMS, la santé est beaucoup plus que l'absence d'une maladie (Organisation mondiale de la santé 1948). Pour une vision complète de la santé mentale, il faut se la représenter sur deux continuums : un premier allant de l'absence à la présence de symptômes d'une maladie mentale, et un second allant de l'absence à la présence d'une santé mentale positive (Westerhof et Keyes 2010). **La santé mentale positive est un syndrome de bien-être subjectif, fondé sur des symptômes d'hédonie** (c'est-à-dire des émotions positives à l'égard de sa vie, comme se sentir heureux et être satisfait de sa vie) **et d'eudaimonie** (c'est-à-dire un sentiment d'engagement et d'accomplissement dans les sphères privée et sociale) (Barry 2009; Keyes 2002). Plusieurs évidences empiriques appuient ce modèle de santé mentale complète, en faisant la démonstration que la symptomatologie dépressive et le bien-être psychologique, bien que liés, sont toutefois des réalités distinctes (Ryff et Keyes

Figure 1. États de rétablissement

Source : Provencher et Keyes 2010



1995; Keyes 2005; Zimmerman 2012). À titre d'exemple, une étude rapporte que dans un échantillon composé de 423 personnes atteintes de dépression majeure, 6 % ont une santé mentale positive élevée (florissante), 60 % une santé mentale positive modérée et 34 % une santé mentale positive faible (languissante). Il est donc possible d'avoir une santé mentale positive modérée ou élevée en dépit de la présence d'un trouble dépressif majeur. La figure 1 (Provencher et Keyes 2010) illustre bien ce concept. À cet égard, une étude auprès de personnes en rétablissement d'une dépression indique que plus du quart des participants s'estimaient rétablis, malgré une symptomatologie dépressive supérieure au seuil clinique (Zimmerman 2012). Ces personnes rapportaient un meilleur fonctionnement, une meilleure qualité de vie, de meilleures habiletés d'adaptation au stress et une santé mentale positive plus élevée que celles qui ne pensaient pas être rétablies.

De plus en plus d'experts considèrent que la présence d'une santé mentale positive doit impérativement faire partie d'une définition du rétablissement en santé mentale (Provencher et Keyes 2011), notamment en ce qui concerne la dépression majeure (Fava Tomba et Grandi 2007; Stotland 2012; Ishak et coll. 2011). Cette perspective salutogénique (qui s'intéresse aux causes de la santé plutôt qu'aux causes de la maladie; Lindström et Eriksson 2013) du rétablissement serait plus fidèle à la description qu'en font les personnes atteintes de dépression, qui décrivent celui-ci comme une expérience de transformation positive de son rapport à soi, à l'autre et à la société (Zimmerman et coll. 2006; Johnson, Gunn et Kokanovic 2009; McEvoy et coll. 2012; Ridge et Ziebland 2006). Le rétablissement se définirait alors comme *un processus profondément personnel et unique de changement de ses attitudes, valeurs, sentiments, buts, habiletés ou rôles. Une manière de vivre une vie satisfaisante, porteuse d'espoir et utile, en dépit des limitations pouvant être causées par la maladie. Le rétablissement implique l'émergence de nouveaux buts à sa vie, au fil d'une croissance personnelle permettant d'aller au-delà des effets catastrophiques de la maladie mentale* (Anthony 1993, traduction libre). Cette conception du rétablissement, mettant l'accent sur le pouvoir d'agir et l'autodétermination, est le principe directeur de l'organisation des services de santé mentale au Canada (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2005; Canadian Mental Health Association 2003), aux États-Unis (American Psychiatric Association 2005; New Freedom Commission on Mental Health 2005) et dans la plupart des pays du monde (Slade, Amering et Oades 2008). Afin de favoriser le rétablissement de la dépression, les intervenants doivent non seulement traiter les symptômes de la maladie, mais également promouvoir la santé mentale positive des personnes qu'ils traitent (Slade 2010). Le soutien à l'autogestion pourrait être une stratégie à privilégier à cet égard.

AUTOGESTION ET RÉTABLISSEMENT DE LA DÉPRESSION MAJEURE

Le concept d'autogestion (*self-management*) tire son origine des travaux menés dans le domaine des maladies physiques chroniques (Lorig et Holman 2003). Considérant la nature souvent récurrente et parfois chronique de la dépression, le soutien à l'autogestion devient une option intéressante pour les personnes atteintes de cette maladie. Plusieurs guides de pratique, dont ceux du *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE

2009), de l'*American Psychiatric Association* (APA) (2010) et de l'*Institut national de santé publique du Québec* (Fournier et coll. 2012), recommandent d'ailleurs le soutien à l'autogestion parmi les interventions complémentaires à offrir aux personnes atteintes de dépression.

Les stratégies d'autogestion sont des comportements adoptés par une personne atteinte d'une maladie chronique afin de gérer les symptômes, de prévenir les rechutes et d'optimiser sa santé au quotidien (Barlow et coll. 2002). Les personnes vivant avec la dépression rapportent en utiliser une grande variété (van Grieken et coll. 2013; Macaskill 2012). Il est possible de les regrouper en quatre catégories : connaître, évaluer, choisir et agir (Collard et coll. 2012).

En premier lieu, les personnes atteintes de dépression doivent connaître cette maladie, ses signes précurseurs, les traitements et les ressources disponibles, ainsi que les stratégies d'autogestion qui favorisent la santé mentale positive. L'autogestion consiste également à évaluer régulièrement son humeur de manière à reconnaître les situations qui l'affectent négativement et à repérer, dès que cela est possible, les signes précurseurs d'une rechute. Conjuguée avec le savoir acquis sur la dépression, cette autoévaluation permet de choisir des comportements appropriés afin d'optimiser sa santé mentale au quotidien et de prévenir l'aggravation de son état de santé en présence de signes de rechute. Finalement, l'autogestion de la dépression consiste à se mettre en action : adopter de saines habitudes de vie, utiliser des stratégies de gestion du stress et de résolution de problèmes, participer à des activités agréables, briser son isolement, penser de manière plus positive, communiquer efficacement avec les professionnels de la santé et les proches, avoir recours aux services d'aide en cas de besoin, etc.

Une recension systématique des études portant sur des programmes évalués de soutien à l'autogestion de la dépression en a répertorié six à l'échelle internationale (Houle et coll. 2013a). Ces programmes, offerts individuellement ou en groupe, transmettent aux personnes atteintes de dépression des connaissances (sur la prévalence, les symptômes, l'évolution et les options de traitement de la dépression) et soutiennent l'acquisition d'habiletés d'autogestion spécifiques, comme

- l'utilisation de plans d'action visant à modifier certains comportements (par exemple, faire davantage d'exercice physique);
- l'activation comportementale (par exemple, participer à des activités sociales agréables);
- la communication efficace avec les professionnels de la santé et les proches (par exemple, préparer la rencontre avec le médecin);
- l'autoévaluation de ses symptômes afin de repérer précocement les signes de rechute (par exemple, remplir un carnet de l'humeur);
- l'adhésion au traitement choisi (la prise adéquate de la médication ou l'assiduité aux rencontres de psychothérapie);
- l'élaboration d'un plan d'urgence en cas de rechute (par exemple, consulter son médecin dès l'apparition de certains signes).

RÉFÉRENCES DES GUIDES DE PRATIQUE CITÉS

NICE 2009 : www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg%2090%20qrg%20lr%20final.pdf

APA 2010 : <http://psychiatryonline.org/content.aspx?bookid=28§ionid=1667485>

Fournier 2012 : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1509_FaireFaceDepressionQc_ProtoSoinsIntervlrLigne.pdf

Le soutien à l'autogestion de la dépression est une approche centrée sur la personne qui met l'accent sur la prévention de la rechute et l'augmentation du pouvoir d'agir des personnes sur leur santé. Il doit être utilisé en complémentarité avec les traitements habituels (pharmacothérapie ou psychothérapie) et non se substituer à eux. Des intervenants en santé mentale formés peuvent aisément offrir ces programmes en première ou en deuxième ligne. Les résultats des évaluations sont encourageants : ces programmes diminuent les symptômes de la dépression, améliorent le fonctionnement de la personne, son sentiment d'efficacité à prendre soin de sa santé et les comportements d'autogestion (Houle et coll. 2013a). Cependant, leur influence sur la prévention de la rechute reste à établir.

Au Québec, l'organisme communautaire Revivre a mis sur pied un programme de soutien à l'autogestion de la dépression d'une durée de dix semaines, expérimenté en groupe et

coanimé par deux intervenants formés (Collard et coll. 2012). Cet atelier, adapté à la réalité québécoise et validé par un comité d'experts, a fait l'objet d'une étude pilote visant à déterminer son acceptabilité et son efficacité potentielle (Houle et coll. 2013b). Au total, 46 personnes adultes ayant vécu un épisode de dépression majeure au cours des deux dernières années et présentant des symptômes de dépression correspondant minimalement à une dépression légère ont participé à cette étude. Elles ont été évaluées dans les deux semaines précédant l'atelier ainsi que deux semaines après ce dernier. Les analyses révèlent des différences statistiquement et cliniquement significatives entre les deux temps de mesure chez les participants aux ateliers (Houle et coll. 2013b). Leur connaissance de la dépression, leur sentiment d'autoefficacité et leurs comportements d'autogestion se sont améliorés, tandis que leurs symptômes de dépression ont diminué d'une manière très importante. L'absence d'un groupe contrôle (c'est-à-dire d'un groupe de personnes comparables qui ne

BIBLIOGRAPHIE

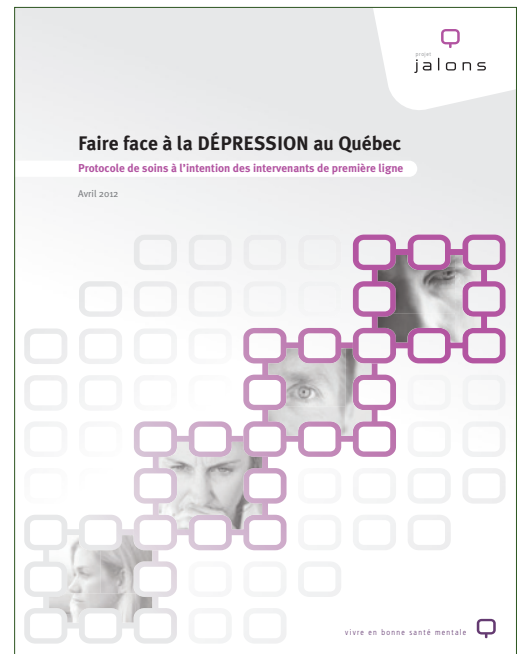
- American Psychiatric Association. (2005). *Position Statement on the Use of the Concept of Recovery*, Washington, APA.
- American Psychiatric Association. (2010). *Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Major Depression* (3^e édit.), Arlington, APA.
- Andrews, G. (2008). « Reducing the burden of depression ». *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(7), 420-427.
- Anthony, W. A. (1993). « Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health system in the 1990s ». *Innovations Research*, 2, 17-24.
- Barlow, J. et coll. (2002). « Self-management approaches for people with chronic conditions: A review ». *Patient Education and Counseling*, 48(2), 177-187.
- Barry, M. M. (2009). Addressing the determinants of positive mental health: Concepts, evidence and practice. *International Journal of Mental Health Promotion*, 11(3), 4-17.
- Canadian Mental Health Association, Ontario. (2003). *Recovery Rediscovered: Implications for the Ontario Mental Health System*, Toronto, CMHA.
- Collard, B. et coll. (2012). *Atelier d'autogestion de la dépression*, Montréal, Revivre.
- Fava, G. A., E. Tomba et S. Grandi. (2007). « The road to recovery from depression – Don't drive today with yesterday's map ». *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(5), 260-265.
- Fava, G. A., C. Ruini et C. Belaise. (2007). « The concept of recovery in major depression ». *Psychological Medicine*, 37, 307-317.
- Fournier, L. et coll. (2012). *Faire face à la dépression au Québec. Protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne*, Montréal, Institut national de santé publique du Québec, [En ligne]. [www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1509_FaireFaceDepressionQc_ProtoSoinsIntervlrLigne.pdf].
- Hardeveld, F. et coll. (2010). « Prevalence and predictors of recurrence of major depressive disorder in the adult population ». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122, 184-191.
- Houle, J. et coll. (2013a). « Depression self-management support: A systematic review ». *Patient Education and Counseling*, 91, 271-279.
- Houle, J. et coll. (2013b). *Depression self-management support group: Outcomes of a pilot study*. Oral presentation at the World Congress for Social Psychiatry, Lisbon, 2013.
- Ishak, W. W. et coll. (2011). « Quality of life: The ultimate outcome measure of interventions in major depressive disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 19(5), 229-239.
- Johnson, C., J. Gunn et R. Kokanovic. (2009). « Depression recovery from the primary care patient's perspective: 'Hear it in my voice and see it in my eyes' ». *Mental Health and Family Medicine*, 6, 29-55.
- Kessler, R. C. et coll. (2006). « Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of US workers ». *American Journal of Psychiatry*, 163, 1561-1568.
- Keyes, C. L. (2002). « The mental health continuum: From languishing to flourishing in life ». *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207-222.
- Keyes, C. L. (2005). « Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548.
- Lampe, L., C. M. Coulston et L. Berk. (2013). « Psychological management of unipolar depression ». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(suppl.), 24-37.
- Lépine, J. P. et M. Briley. (2011). « The increasing burden of depression ». *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 7, 3-7.
- Lindström, B. et M. Eriksson. (2013). *La salutogénèse. Petit guide pour promouvoir la santé*. Traduction par M. Roy et M. O'Neill, Québec, Presses de l'Université Laval.
- Lorig, K. R. et H. R. Holman. (2003). « Self-management education: History, definition, outcomes and mechanisms ». *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.
- Macaskill, A. (2012). « A feasibility study of psychological strengths and well-being assessment in individuals living with recurrent depression ». *The Journal of Positive Psychology*, 7(5), 372-386.
- Mahli, G. S. et coll. (2013). « Pharmacological management of unipolar depression ». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(suppl.), 6-23.

reçoivent pas l'intervention, mais participent tout de même aux procédures d'évaluation) nous oblige toutefois à la prudence quant à l'interprétation des résultats. En effet, un tel devis rend impossible le contrôle de l'effet du simple passage du temps et de l'effet induit par la participation aux entrevues de collecte des données. Un essai réparti au hasard et contrôlé est nécessaire pour démontrer avec plus de certitude l'efficacité de cet atelier de soutien à l'autogestion de la dépression. Il est également indispensable d'évaluer ses effets à plus long terme, notamment en ce qui regarde la santé mentale positive et la prévention de la rechute. Ces premiers résultats sont néanmoins prometteurs. De plus, sur le plan de l'acceptabilité de l'intervention, les propos recueillis auprès des participants au terme de leur expérience suggèrent que cette forme d'intervention est utile, très appréciée et complémentaire à ce qui est déjà accessible dans le réseau.

En plus de l'atelier d'autogestion de la dépression de Revivre, deux psychologues canadiens ont produit un guide accessible gratuitement sur Internet et disponible en français et en anglais (www.comh.ca/publications/resources/asw/scdp-french.pdf). Le soutien à l'autogestion s'intégrera bientôt aussi dans les pratiques des omnipraticiens du Québec, puisque ces derniers seront formés, dès l'automne 2013, à l'utilisation du *Protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne : Faire face à la dépression* (Fournier et coll. 2012) qui l'identifie parmi les interventions à mettre en œuvre.

CONCLUSION

Les personnes atteintes de dépression majeure connaîtront, pour la plupart, un processus de rétablissement non linéaire, au cours duquel les symptômes seront susceptibles de réapparaître pour des périodes plus ou moins longues. Au-delà de l'adhésion aux traitements pharmacologiques et psychothérapeutiques actuellement offerts pour traiter cette maladie, ces personnes ont un rôle actif à jouer dans leur rétablissement. Il est utile de les soutenir dans l'acquisition des stratégies d'autogestion qui leur permettront d'optimiser leur santé mentale au quotidien et de prévenir les rechutes. Cultivons l'espoir, favorisons l'éclosion de leurs forces et de leurs compétences, car ces pratiques contribuent à promouvoir la santé mentale positive des personnes en rétablissement.



McEvoy, P. et coll. (2012). « The experience of recovery from the perspective of people with common mental health problems: Findings from a telephone survey ». *International Journal of Nursing Studies*, 49, 1375-1382.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*, MSSS, Québec.

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2009). *Depression. Treatment and management of depression in adults, including adults with a chronic physical health problem. Quick reference guide*, London, UK, NICE, [En ligne]. [www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg%20909%20qrg%20lr%20final.pdf]

New Freedom Commission on Mental Health. (2005). *Achieving the promise: Transforming mental health care in America*, Rockville, US Department of Health and Human Services.

Nierenberg, A. A. et coll. (2010). « Residual symptoms after remission of major depressive disorder with Citalopram and risk of relapse: A STAR-D report ». *Psychological Medicine*, 40, 41-50.

Organisation mondiale de la santé. (1948). Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la santé, New York, 19 juin-22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États et entré en vigueur le 7 avril 1948. *Actes officiels de l'Organisation mondiale de la santé*, n° 2, p. 100.

Patten, S. B. et coll. (2006). « Descriptive epidemiology of major depression in Canada ». *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(2), 84-90.

Paykel, E. S. (2008). « Partial remission, residual symptoms, and relapse in depression ». *Dialogues in Clinical Neurosciences*, 10, 431-437.

Provencher, H. et C. L. Keyes. (2011). « Complete mental health recovery: Bridging mental illness with positive mental health ». *Journal of Public Mental Health*, 10(1), 57-69.

Provencher, H. et C. L. Keyes. (2010). « Une conception élargie du rétablissement ». *L'information psychiatrique*, 86(7), 579-589.

Ridge, D. et S. Ziebland. (2006). « 'The old me could never have done that': How people give meaning to recovery following depression ». *Qualitative Health Research*, 16, 1038-1053.

Rush, A. J. (2011). « STAR-D: Lessons learned and future implications ». *Depression and Anxiety*, 28, 521-524.

Ryff, C. D. et C. L. Keyes. (1995). « The structure of psychological well-being revisited ». *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.

Slade, M., M. A. Amering et L. Oades. (2008). « Recovery: An international perspective ». *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17, 128-137.

Slade, M. (2010). « Mental illness and well-being: The central importance of positive psychology and recovery approaches ». *BMC Health Services Research*, 10, 26.

Stephens, T. et N. Joubert. (2001). « The economic burden of mental health problems in Canada ». *Chronic Diseases in Canada*, 22(1), 18-23.

Stotland, N. L. (2012). « Recovery from depression ». *Psychiatric Clinics of North America*, 35(1), 37-49.

Trivedi, M. H. et coll. (2008). « Clinical evidence and potential neurobiological underpinnings of unresolved symptoms of depression ». *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(2), 246-248.

van Grieken, R. A. et coll. (2013). « Patients' perspective on self-management in the recovery from depression ». *Health Expectations*, doi: 10.1111/hex.12112.

Westerhof, G. J. et C. L. Keyes. (2010). « Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan ». *Journal of Adult Development*, 17(2), 110-119.

World Health Organization. (2008). *The Global Burden of Disease: 2004 Update*, Geneva, World Health Organization.

Zimmerman, M. et coll. (2006). « How should remission from depression be defined? The depressed patient's perspective ». *American Journal of Psychiatry*, 163, 148-150.

Zimmerman, M. et coll. (2012). « Why do some depressed outpatients who are not in remission according to the Hamilton Depressive Rating Scale nonetheless consider themselves to be in remission? ». *Depression and Anxiety*, 29, 891-895.

Zimmerman, M. et coll. (2013). « A new type of scale for determining remission from depression: The remission from depression questionnaire ». *Journal of Psychiatric Research*, 47, 78-82.

Le patient, un acteur clé du partenariat réalité en émergence?



Vincent Dumez



David Gaulin



Paule Lebel

Par Vincent Dumez, patient, M. Sc., codirecteur, Direction collaboration et partenariat patient, CPASS, Faculté de médecine, Université de Montréal; David Gaulin, cogestionnaire psychiatrie/santé mentale et médecine des toxicomanies, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM); Paule Lebel, M.D., M. Sc., codirectrice, Direction collaboration et partenariat patient, CPASS, Faculté de médecine, Université de Montréal

Penser systématiquement le fonctionnement du réseau de la santé sur la base d'une solide vision d'un patient¹ partenaire de ses soins, habilité à prendre des décisions libres et éclairées, reconnu comme une personne potentiellement capable de prendre soin d'elle-même, de s'autodéterminer grâce au savoir expérientiel construit au cours de son cheminement avec la maladie et membre à part entière de son équipe de soins constitue l'évolution logique d'un partenariat de soins et de services. Cela suppose que la collaboration ne cesse pas à la porte de l'hôpital, mais qu'elle s'inscrive dans un continuum transversal modulé par le projet de vie du patient qui en est logiquement l'acteur principal. C'est aussi s'assurer que le processus de soins ne soit pas seulement d'ordre curatif, mais également un apprentissage au cœur duquel l'accompagnement des personnes et l'éducation thérapeutique sont des principes fondamentaux. À l'heure de l'accès plus important du grand public à l'information médicale, de la multiplication des maladies chroniques et de l'augmentation critique des taux d'inobservance aux traitements, avons-nous le choix?

En proposant de réactualiser la relation entre patients et professionnels de la santé et des services sociaux autour de la notion de collaboration, le concept de partenariat de soins et de services² influence de plus en plus le milieu québécois de la santé. Le partenariat intègre dans une même logique la coopération entre intervenants et celle avec les patients considérés comme membres à part entière de l'équipe dans le cadre de leurs soins. Il a rapidement trouvé un écho dans les milieux cliniques en quête de solutions durables pour faire face notamment au défi croissant de la gestion des maladies chroniques en santé physique et mentale qui nécessitent un accompagnement, durant plusieurs années d'ailleurs pour celles avec risque de rechute ou persistantes comme le diabète, le cancer, l'asthme, etc. Le partenariat requiert aussi une adaptation en profondeur de l'offre de soins encore trop orientée vers les soins aigus et pas suffisamment vers le suivi systématique des patients et vers une accessibilité accrue des soins (par exemple, les soins à domicile).

Le partenariat de soins s'orchestre donc autour du principe fondamental que tout patient est une personne qui doit être accompagnée progressivement durant son parcours de soins pour faire des choix de santé libres et éclairés; que la valeur ajoutée de son expérience contribue à la qualité de la dynamique de soins et que ses compétences sont systématiquement approfondies avec l'aide de son équipe pour renforcer sa capacité d'autodétermination.

C'est ainsi que le patient pourra acquérir les « habiletés et attitudes requises lui permettant d'agir directement sur sa vie en effectuant librement des choix non influencés par des agents externes indus »³. Dès lors, l'émergence de comportements autodéterminés permettra éventuellement à la personne d'agir de manière autonome, de s'autoréguler et de consolider son *empowerment*. La vision n'est donc plus celle d'un patient passif, contraint, mais d'un patient en mouvement, qui interagit, qui apprend, à son rythme, selon ses capacités. Un patient qui devient progressivement un soignant compétent et qui influence les intervenants dans leurs actions.

Le changement est majeur, car il suppose de reconnaître que le processus de soins n'est pas l'unique responsabilité des intervenants, mais aussi, *de facto*, celle du patient qui, de plus en plus, en assume une grande partie dès qu'il évolue à l'extérieur des milieux cliniques. Il présume que la relation de collaboration ne finit pas à la porte de l'hôpital, mais qu'elle s'inscrit dans un continuum transversal modulé par le projet de vie du patient qui en est logiquement l'acteur principal. Il devrait assurer que les soins ne sont pas seulement d'ordre curatif, mais correspondent également à un apprentissage au cœur duquel l'accompagnement des personnes et l'éducation thérapeutique sont des principes fondamentaux.

Collaborer, c'est beaucoup de choses, mais, avant tout, c'est un savoir-être, une capacité d'empathie essentielle à la naissance

¹ Lorsque nous utilisons la notion de patient, elle inclut systématiquement celle de proche.

² Pour des raisons de facilité de lecture, nous utiliserons l'expression « partenariat de soins » plutôt que « partenariat de soins et de services ».

³ Chaire TSA Technologies – Soutien – Autodétermination. (2009). « À la découverte de l'autodétermination », *Info-Clic TSA*, 1(2), 7-9.

de soins et de services :



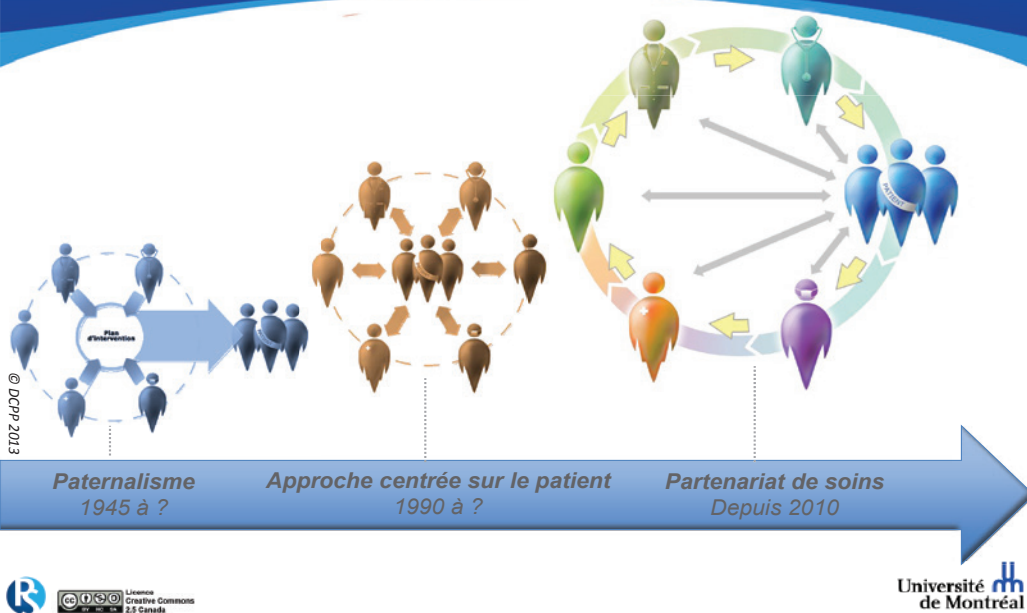
d'une véritable relation d'apprentissage mutuel, parfois difficile à maintenir, il est vrai, dans un contexte de soins sous pression. C'est aussi une capacité réciproque de ne pas avoir peur de l'autre, de sa culture, de sa singularité, de ses souffrances et de ses joies, une aptitude à ajuster son rythme et à synchroniser ses actions. C'est ainsi qu'on ne soignera pas seulement la pathologie du patient, mais qu'on l'accompagnera dans les succès comme dans les échecs, en respectant ses limites du moment et ses propres limites à soi. Bien entendu, nous parlons ici d'une relation bidirectionnelle, d'un humanisme cultivé par tous. Chacun doit valoriser la qualité de l'interaction avec l'autre dans une logique de confiance *a priori* mutuelle. C'est ainsi que nos interactions dans le domaine de la santé deviendront encore plus constructives.

En plus de faire l'objet de nombreuses conférences à l'échelle nationale et internationale, le partenariat de soins s'impose désormais dans les programmes d'enseignement universitaire. Accompagner les équipes de soins dans ce changement est

important, mais préparer nos étudiants à bâtir, dès leurs premières expériences cliniques, de solides pratiques de partenariat est un passage obligé. Aujourd'hui, à l'Université de Montréal, tous les étudiants des professions de la santé, lors de leurs trois premières années d'études, sont formés au partenariat de soins comme concept de base à la collaboration. Plus de 75 patients experts s'investissent dans ces cours à titre de coformateurs pédagogues, en duo avec des professeurs de tous les programmes touchés, pour que les étudiants soient exposés à de larges perspectives de partage et notamment à celle de patients partenaires de leurs soins au quotidien.

Bien que l'engouement pour le concept de partenariat de soins soit récent, celui-ci s'inscrit au centre d'une longue évolution sociohistorique dont il est aujourd'hui l'aboutissement. En effet, avant la Seconde Guerre mondiale, les soins sont donnés à l'intérieur de la cellule familiale. Le médecin est davantage un conseiller qui intervient au sein de sa collectivité dans une logique de proximité. Avec l'institutionnalisation des soins et la

Évolution des approches de soins



Il s'agit de l'introduire dans son processus de soins, de l'accompagner dans le déploiement de ses compétences afin qu'il puisse se mettre en action, être partie prenante dans son choix de traitement en fonction de son projet de vie et consolider ainsi ses capacités d'autodétermination.

Tous les patients sont-ils aptes à devenir des partenaires de soins? Oui, n'en doutons plus. C'est le postulat de base pour que toute cette nouvelle conception puisse prendre durablement son envol et pour que ne soit plus véhiculée la fausse idée que certains patients sont déterminés à s'en sortir et d'autres non. C'est beaucoup plus complexe que cela. L'habileté à prendre soin de soi-même est très proche de l'instinct de survie, un réflexe primaire de l'action humaine que nous possédons tous. Maintenant, est-ce que l'intensité d'une problématique de soins peut nous rendre plus vulnérable ainsi que notre éducation, notre origine sociale, notre âge...? Oui, ça ne fait aucun doute, mais ce n'est pas pour cela que la personne, avec ses proches,

création des grands établissements de santé centralisant le savoir biomédical, la relation de soins se transforme et un paternalisme fondé sur la bienfaisance s'impose. Les professionnels de la santé deviennent alors progressivement les principaux détenteurs d'un savoir technique scientifique et, conséquemment, le patient glisse dans une relation de dépendance institutionnelle.

Cependant, dès la fin des années 60, devant l'intérêt accru pour la dimension émotionnelle de la maladie, des groupes d'entraide se constituent et marquent l'apparition de nouveaux modes d'accompagnement. En parallèle, plusieurs praticiens de la santé commencent à critiquer le modèle paternaliste dominant et réfléchissent à d'autres façons de faire. C'est dans ce contexte qu'apparaît, à la fin des années 90, l'approche centrée sur le patient qui prône des soins axés entre autres sur la communication avec le patient et sa participation à la prise de décisions en tenant compte de ses valeurs, de ses préférences et de ses besoins. Très populaire dans les milieux de soins, car porteuse de progrès majeurs du point de vue clinique, cette approche reste cependant surtout basée sur les pratiques des professionnels, le rôle du patient en tant que partenaire de soins demeurant partiellement défini. Par rapport aux défis actuels de notre société, il semblait donc nécessaire de prolonger cette riche réflexion en ciblant clairement le patient comme un acteur de soins et en mesurant les conséquences de ce choix sur le partenariat qui va en découler.

Ce virage est d'autant plus important que le vieillissement de la population, la chronicisation des maladies, la démocratisation de l'accès à l'information et l'augmentation des taux d'inobservance aux traitements (entre 50 % et 80 % selon les pathologies) modifient largement la dynamique de la relation de soins. Ainsi, il ne s'agit plus uniquement de prescrire des médicaments, ni même d'informer le patient ou de tenir compte de ses besoins.

ne pourra pas cheminer à un moment ou à un autre, se mettre en mouvement, prendre des décisions aussi importantes ou futiles soient-elles et retrouver un certain pouvoir d'action alors que tout semble s'écrouler. Précurseurs dans cette voie, des milliers de patients en santé mentale l'ont clairement montré ces dernières années dans des contextes difficiles de vie, en étant souvent accompagnés d'ailleurs par des pairs aidants, patients experts avant-gardistes dans leur approche.

Alors, oui : certains patients réussiront plus rapidement, d'autres plus lentement, certains ne connaîtront que des progrès minimes au moment où d'autres feront des pas de géant. Dans tous les cas, l'essentiel est de bâtir un solide partenariat de soins qui stimulera leur émancipation à travers la maladie et améliorera leur qualité de vie ainsi que celle de leurs intervenants. Actuellement, plus de 20 équipes de soins, dont plusieurs dans le domaine de la santé mentale, incluant patients ou proches, dans une douzaine d'établissements de la région de Montréal et des régions voisines, se sont engagées dans ce grand projet clinique d'implantation d'une démarche d'amélioration continue du partenariat de soins (<http://www.ruis.umontreal.ca/pratique-collaborative.html>). Chacune d'entre elles est accompagnée par des patients experts ou des pairs aidants, ressources inestimables pour la réflexion.

L'avenir du partenariat de soins dépendra certainement beaucoup de la volonté de tous – patients, proches, gestionnaires et intervenants – de travailler ensemble pour faire face aux défis majeurs que vit actuellement notre réseau de la santé. En acceptant d'expérimenter la voie du partenariat et en reconnaissant la richesse du savoir de tous, les établissements profiteront certainement de retombées très favorables sur l'organisation et la qualité des services. Le temps n'est plus au travail en silo, mais à la coconstruction en partenariat, et les patients en sont le principal levier.

Souvenirs intimes

Aventures dans plusieurs mondes

Auteure :
Vesta Wagener Jobidon

La chronique *Nous avons lu pour vous...* vous présente un commentaire sur le court récit intimiste de **Vesta Wagener Jobidon**, la toute première coordonnatrice de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP) de 1993 à 1996, après avoir œuvré comme cosecrétaire du conseil d'administration de l'AQRP pendant trois ans. Passionnée et engagée, madame Jobidon a été à la barre de la revue *le partenaire* à ses débuts et a contribué à en jeter les bases.

Le fait d'être mère d'une personne vivant avec un problème de santé mentale, de fréquenter de grands colloques américains et ontariens et d'être membre de l'IASPRS¹ l'a conduite à fonder en 1988 à Québec Le Pavois, un organisme de soutien et d'accompagnement des personnes ayant un problème de santé mentale dans l'actualisation de leurs rêves socioprofessionnels et scolaires (www.lepavois.org). Quelques mois plus tard, Francine Cyr, qui cosigne cette chronique, amorce sa carrière d'intervenante au Pavois. Lisette Boivin – qui travaillait à La Boussole – se joindra à l'organisation peu après à titre de directrice générale. Toutes deux ont bien connu madame Jobidon.



Par Lisette Boivin, directrice générale;
Francine Cyr, coordonnatrice, Le Pavois de Québec

Souvenirs intimes – Aventures dans plusieurs mondes est un récit de vie racontant l'histoire de Vesta. Son talent d'écrivaine a su nous toucher profondément. Nous connaissons Vesta la combattante, Vesta la militante, Vesta la pionnière, Vesta la mère, mais nous ne savions rien de l'enfant, de l'adolescente, de l'adulte dans son cheminement de vie.

Comment dire merci à une grande amie de Vesta d'avoir convaincue cette dernière que son histoire pouvait émouvoir d'autres personnes que sa famille? Merci également à Vesta de nous avoir fait connaître mademoiselle Struve, ce personnage si important qui a influencé son parcours. Son enseignement, son écoute, sa compréhension, son accompagnement et son affection ont marqué la femme qu'est devenue Vesta. Pour nous, qui œuvrons dans le domaine de la santé mentale, Vesta est « notre mademoiselle Struve ». Le Pavois et l'AQRP ne sont que quelques exemples de son engagement, de sa croyance aux principes de la réadaptation, de sa générosité à donner temps et argent afin de doter le Québec de services en santé mentale. Nous pouvons dire qu'elle est bien plus qu'un modèle d'espoir, elle est la mère de la réadaptation psychosociale.

Dans son ouvrage, Vesta Wagener Jobidon nous parle de « ses mondes » avec une grande intimité, intimité qu'il est presque troublant de partager avec elle. On se sent transporté dans le temps, on l'accompagne à chaque étape de son existence. Elle nous livre un récit empreint de combativité, de résilience, d'humanisme. Habitée par une remarquable énergie, Vesta ne manque jamais d'ardeur ni d'enthousiasme pour défendre la cause de ceux en qui elle croit. Elle nous a profondément émues par la sincérité de ses textes et parfois même par la candeur de ses révélations.

Nous avons dévoré ce livre. Des 110 pages qu'il contient, nous en aurions voulu 110 de plus!

Vesta, fondatrice du Pavois, a su mettre en valeur notre slogan « **Oser le Pavois, oser vos rêves** ». Son rêve était d'être un jour écrivaine. Elle a osé, elle a réussi.

Note de l'éditrice : Le livre de Vesta Wagener Jobidon a été publié à titre privé. Pour l'instant, un nombre limité d'exemplaires a été imprimé. Si vous êtes intéressé à vous en procurer un, veuillez communiquer avec Diane Paradis à l'AQRP (418 523-4190, poste 210).



Lisette Boivin



Francine Cyr

¹ International Association of Psychosocial Rehabilitation Services.

Ne manquez pas
le prochain
numéro

le partenaire

Vol. 22, no 3, hiver 2014

Santé mentale et travail



À découvrir, entre autres, des textes portant sur...

■ L'environnement de travail et la santé mentale

- **Michel Vézina**, médecin spécialiste en santé publique et en médecine préventive; professeur titulaire, Université Laval; médecin conseil en santé mentale au travail, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

■ Les meilleures pratiques pour le retour au travail à la suite d'une dépression

- **Marie-José Durand**, professeure titulaire, Université de Sherbrooke; titulaire de la Chaire de recherche en réadaptation au travail (J.A. Bombardier et Pratt & Whitney Canada); directrice, CAPRIT

■ Le harcèlement psychologique au travail

- **Nathalie Jauvin** et **Nancy Côté**, chercheuses d'établissement, Équipe RIPOST, CSSS de la Vieille Capitale

■ Commentaire sur le rapport de l'OCDE *Maladie, invalidité et travail: surmonter les obstacles – Canada: des possibilités de collaboration*

- **Claude Charbonneau**, directeur général Accès-Cible Santé Mentale Travail et Fondation travail et santé mentale

■ Commentaire sur le livre *La dépression n'était pas dans mon plan de carrière*

- **Julie Grenon**, journaliste, conférencière