



Composantes des soins— Les services indirects en psychiatrie

**Karandeep Sonu Gaind, MD, FRCPC, FCPA¹; Cristina Aydin, MD, FRCPC²;
Fernando Gonzalez-Pino, MD, FRCPC³; Linda Hoyt, MD, FRCPC⁴; Rob Jay, MD, FRCPC⁵;
Atul Khullar, MD, FRCPC, DABPN⁶; Risk N Kronfli, MB, FRCPC⁷;
Dhanapal Natarajan, MD, FRCPsych (R.-U.), FRCPC⁸; Stephen R Wiseman, MD, FRCPC⁹**

Énoncé de principes rédigé par le Comité sur les questions économiques de l'Association des psychiatres du Canada (APC) et approuvé par le conseil d'administration de l'APC le 30 avril 2014.

Contexte

Le Comité sur les questions économiques de l'Association des psychiatres du Canada (APC) est à l'origine de nombreux articles sur la prestation de services psychiatriques selon divers modèles de soins (formule de la rémunération à l'acte, autres modes de paiement, par exemple). Dans cette optique, les soins cliniques sont examinés en fonction d'une structure verticale conforme au mode de pratique des prestataires de soins de santé. Les soins cliniques peuvent être

analysés sous un autre angle, celui des besoins des patients en matière de soins et de services psychiatriques quel que soit le modèle de pratique professionnelle. Dans ce cas, les soins de santé sont vus selon une structure horizontale délimitant les éléments communs nécessaires des soins psychiatriques sans égard au modèle simple ou hybride. Le présent énoncé est le premier d'une série portant sur les composantes des soins qui déterminera les services pertinents nécessaires dans tous les modèles de soins pour assurer l'offre de services psychiatriques appropriés.

¹ Chef du service de psychiatrie et directeur médical de la santé mentale, Hôpital Humber River, Toronto (Ontario); professeur agrégé, Université de Toronto, Toronto (Ontario).

² Psychiatre consultante, Hôpital St. Paul, Vancouver (Colombie-Britannique); membre en formation 2011-2013, Comité des questions économiques, Association des psychiatres du Canada.

³ Psychiatre, urgences et soins de courte durée, programme de santé mentale, Hôpital de Saint-Boniface, Winnipeg (Manitoba); professeur adjoint, Université du Manitoba, Winnipeg (Manitoba).

⁴ Chef de psychiatrie et directrice médicale des Services de traitement des dépendances et de santé mentale, zone 3, Réseau de santé Horizon, Nouveau-Brunswick; professeure adjointe, département de psychiatrie, Université Dalhousie, Halifax (Nouvelle-Écosse).

⁵ Psychiatre, Centre de santé mentale communautaire McGill, Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard).

⁶ Directeur médical, Clinique des troubles du sommeil du nord de l'Alberta, Edmonton (Alberta); professeur agrégé de clinique, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta).

⁷ Psychiatre en chef, Service de santé des délinquants, Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse, Dartmouth (Nouvelle-Écosse); professeur adjoint de psychiatrie, Université Dalhousie, Halifax (Nouvelle-Écosse).

⁸ Professeur clinique de psychiatrie, Université de la Saskatchewan, Saskatoon (Saskatchewan).

⁹ Service de psychiatrie, Hôpital St. Paul, Vancouver (Colombie-Britannique); président, Comité des questions économiques, Association des psychiatres de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique).

© Tous droits réservés 2015. Association des psychiatres du Canada. Toute reproduction, citation ou paraphrase de ces sommaires, intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, sans l'autorisation écrite de l'APC est interdite. Les commentaires des membres sont les bienvenus. Veuillez adresser vos observations au président de l'Association des psychiatres du Canada, 141, avenue Laurier Ouest, bureau 701, Ottawa (Ontario) K1P 5J3; tél. : 613-234-2815; téléc. : 613-234-9857; courriel : president@cpa-apc.org. Référence 2015-58.

Avis : L'Association des psychiatres du Canada a comme politique de réviser chaque énoncé de principe, déclaration de politique et guide de pratique clinique tous les cinq ans après la publication ou la dernière révision. Tout document qui a été publié plus de cinq ans auparavant et dans lequel il n'est pas mentionné explicitement qu'il a été révisé ou conservé à titre de document officiel de l'APC, soit révisé ou tel que publié à l'origine, doit être considéré comme un document de référence historique uniquement.

Définition

La pratique clinique classique, en particulier la formule de la rémunération à l'acte, est centrée avant tout sur la prestation de soins directs au patient, c'est-à-dire que le médecin est en présence du patient dans la même pièce que lui. Les services indirects désignent les services offerts sans que le patient soit forcément dans la même pièce que le prestataire de soins. Ces services sont offerts dans le cadre de l'évaluation diagnostique, du traitement ou d'autres aspects de la prise en charge du patient. Bien des termes ont coiffé ces services, notamment ceux de services sans contact direct ou de communication avec un tiers. Nombre d'entre eux ont une portée très restreinte ou peuvent prêter à confusion. Ainsi, des services indirects peuvent prendre la forme d'interactions en face à face avec des membres de la famille ou d'autres prestataires de soins du patient, ou d'interactions avec le patient (pas un tiers) au téléphone. Pour les besoins du présent énoncé de principes, le terme services indirects remplace tous les autres utilisés dans ce contexte.

Bien que le terme services indirects soit le terme privilégié pour désigner ces formes de soins, il peut prêter flanc tout même à une interprétation fautive. En effet, la notion de services indirects peut avoir une connotation péjorative laissant supposer que ces services sont inférieurs aux services directs, moins importants qu'eux. Il importe de comprendre que le terme désigne seulement le mode de prestation de services, pas l'importance des services; les services indirects sont directement nécessaires dans les soins offerts au patient, surtout dans le domaine des soins psychiatriques comme nous le verrons ci-après.

En deuxième lieu, alors que les termes services indirects et soins indirects sont apparemment interchangeables, nous utilisons à dessein le terme services de préférence au terme soins, car il faut savoir que le psychiatre offre un service réel nécessaire dans les soins au patient, même si celui-ci n'est pas présent dans la pièce.

Enfin, les services indirects dont il est question ici recouvrent les éléments inhérents à la prestation des soins de santé, ils ne comprennent pas la communication avec un tiers à une autre fin (par exemple, le compte rendu écrit destiné à un tiers à des fins juridiques ou d'assurance).

Importance particulière des services indirects en psychiatrie

Dans les soins médicaux de bien des types, des services indirects sont nécessaires dans une certaine mesure. Mais, en psychiatrie, plusieurs facteurs font que les services indirects sont nécessaires dans une plus grande mesure et revêtent une importance accrue pour les personnes atteintes d'une maladie mentale.

La nature du trouble psychiatrique est l'un de ces facteurs. La maladie peut perturber la fonction cognitive, y compris la mémoire et la capacité de rétrospection, la communication, l'introspection et le jugement, les processus d'orientation et de pensée, voire l'épreuve de réalité s'il y a idées délirantes et hallucinations. Le trouble psychiatrique peut également entraver la dynamique interpersonnelle en engendrant un sentiment de suspicion et de paranoïa, un comportement dissociatif et le passage à l'acte, une attitude défensive à l'extrême ou une autre dynamique dysfonctionnelle. Dans un tel contexte, le clinicien aura peine à obtenir des renseignements exacts du patient en vue de son évaluation et à susciter sa participation au traitement et à la prise en charge de la maladie. Les services indirects faisant appel à la famille, à des partenaires de la collectivité ou à d'autres intervenants deviennent alors essentiels, sinon il sera impossible d'offrir les soins psychiatriques indiqués.

Il importe de souligner que les problèmes qui donnent lieu à un grand besoin de services indirects relèvent de la raison même pour laquelle le patient nécessite des soins — sa maladie mentale. S'attendre à ce que les soins psychiatriques indiqués soient offerts sans pouvoir recourir à des services indirects reviendrait à la situation où un cardiologue devant évaluer et traiter le patient qui ressent des douleurs thoraciques ne peut obtenir un électrocardiogramme ou la mesure du pouls et de la pression artérielle du patient.

Les objectifs des soins ou les résultats souhaités représentent un autre motif justifiant le haut degré de services indirects nécessaires. Ainsi, la stabilisation du comportement serait l'un des buts premiers des soins offerts au patient hospitalisé en état de délire avec agitation. Pour ce faire, le gros de la tâche sera effectué au poste infirmier où l'équipe médicale consacrera beaucoup de temps à gérer de manière appropriée et sécuritaire tous les facteurs cliniques et environnementaux influant sur le comportement et l'état de délire du patient, en plus de veiller à la prestation de soins à son chevet. De même, le patient suicidaire ne se confiera pas forcément et savoir de sa conjointe qu'il se procure des pilules qu'il accumule depuis des semaines, par exemple, est un élément d'information essentiel dans l'évaluation juste du risque de suicide.

Ainsi, la maladie mentale, la raison même pour laquelle le patient a besoin de soins, peut entraver l'évaluation et le traitement et, s'il n'y avait pas de services indirects, il serait impossible de la prendre en charge comme il se doit en toute sécurité. Les exemples mentionnés ci-dessus illustrent le caractère direct et nécessaire des services indirects qui doivent faire partie intégrante des soins psychiatriques, en fait leur importance particulière pour les personnes atteintes d'une maladie mentale.

Conséquences de l'absence de services indirects

Outre les préoccupations générales soulevées ci-dessus quant aux répercussions néfastes de l'absence de services indirects dans le cadre des soins psychiatriques, des patients aux prises avec certains troubles psychiatriques seront particulièrement désavantagés dans un modèle de soins dénué de services indirects.

Le patient atteint d'une maladie mentale grave comme la schizophrénie, une psychose ou un trouble cognitif profond a besoin de services indirects dans une grande mesure; par conséquent, l'absence de tels services a un impact encore plus dévastateur pour ceux qui ont le plus besoin de soins. Certains groupes, notamment les enfants ou les personnes âgées atteintes de démence, nécessitent également un haut degré de services indirects, et leurs soins souffriront également de l'absence de tels services.

Enfin, d'un point de vue systémique, le clinicien peut se voir jeter le blâme à tort pour des lacunes dans la prestation des soins alors que, dans les faits, le modèle de soins qui ne prévoit pas explicitement la prestation de services indirects ne lui offre pas les outils nécessaires pour offrir les soins psychiatriques appropriés (par exemple, la possibilité de communiquer avec d'autres intervenants pour obtenir leur collaboration à la continuité des soins offerts au patient à haut risque qui sort de l'hôpital ou du service des urgences).

Modes de prestation des services indirects

Les modes de prestation des services indirects sont variés, en voici quelques-uns :

Prestation directe au patient sans qu'il soit présent dans la même pièce — service indirect offert directement

Citons à titre d'exemple la communication avec le patient par téléphone, vidéoconférence ou un autre mode de communication électronique. Bien que les interactions téléphoniques ne soient pas toutes des soins indirects (notamment l'appel téléphonique pour fixer un rendez-vous) et que certaines puissent être considérées à juste titre comme des soins indirects dans le cadre du traitement de n'importe quelle maladie physique (discuter des effets indésirables de la médication qui surviennent dans l'intervalle entre les consultations), des interactions faisant partie des services indirects offerts directement sont particulières et nécessaires dans le cadre des soins psychiatriques (ainsi en est-il de l'entretien téléphonique avec le patient suicidaire qui devient une mesure de précaution dans la prise en charge active du patient).

Les avantages ou effets bénéfiques des services indirects offerts directement ont trait à l'amélioration de l'accessibilité (en cas d'isolement géographique notamment), à la rapidité de la réaction, au soutien clinique entre les rendez-vous, à l'amélioration de l'adhésion au traitement et à des économies (en augmentant les soins préventifs et l'efficacité du triage ou en diminuant les visites aux urgences ou les hospitalisations, par exemple).

Interactions avec la famille, des partenaires de la collectivité ou d'autres intervenants

Il peut s'agir de services directs offerts indirectement (rencontre avec des membres de la famille du patient, par exemple) ou de services indirects offerts indirectement (entretien téléphonique avec un policier à propos de questions de sécurité du patient). Ces interactions sont importantes en ce qu'elles permettent d'obtenir des renseignements précis aux fins d'anamnèse et de procéder à une évaluation, et elles sont essentielles en tant qu'éléments actifs de la prise en charge, particulièrement pour ce qui est du patient présentant un trouble cognitif, de celui dont la perception de la réalité est faussée ou de celui au comportement à risque de suicide par exemple. Ces services ont en plus ceci de bénéfique qu'ils contribuent à améliorer la surveillance et la sécurité du patient, car la famille, des partenaires de la collectivité et d'autres intervenants peuvent informer le clinicien de la détérioration de l'état de santé du malade dans l'intervalle entre les consultations.

Interactions avec des professionnels de la santé participant à la prestation de soins au patient

Encore ici, il peut s'agir de services directs offerts indirectement (rencontre avec l'équipe soignante, par exemple) ou de services indirects offerts indirectement (discussion téléphonique sur la prise en charge du patient dans un modèle de prestation de soins en collaboration, par exemple). Ces interactions sont particulièrement importantes dans la prise en charge d'une maladie chronique ou lorsque l'objectif de la prise en charge est de nature comportementale. Ces services sont en outre avantageux en ce qu'ils améliorent les soins en collaboration, la sécurité (communication entre le pharmacien et le clinicien, par exemple) et la prise en charge du patient (particulièrement du patient aux prises avec plusieurs affections), qu'ils tirent parti des compétences des professionnels de la santé participant à la prestation des soins et qu'ils optimisent le rôle de ces professionnels dans la prise en charge du patient.

Examen de renseignements pertinents dans le cadre de la prestation des soins

L'examen des résultats de tests de la personnalité, d'épreuves psychométriques ou d'autres questionnaires d'évaluation, alors que les résultats sont nombreux à

passer en revue et que leur interprétation est un long processus qui exige beaucoup de temps et une expertise de pointe pour les évaluer, devrait être considéré comme aussi important et nécessaire que l'examen des résultats obtenus à l'aide d'outils d'évaluation utilisés dans d'autres domaines de la médecine (tomodensitométrie, imagerie par résonance magnétique, autres examens d'imagerie, électrocardiogramme, surveillance de la glycémie).

Incorporation dans les modèles de soins

Les divers types de services indirects mentionnés ci-dessus devraient faire partie de tout modèle de soins pour permettre l'évaluation et la prise en charge appropriées des patients psychiatriques. La prestation de services indirects peut être incorporée dans n'importe quel modèle de soins, sans égard au mode de financement.

Depuis toujours, les modèles de financement des services médicaux, en particulier les systèmes de rémunération à l'acte, ne tiennent pas compte pour ainsi dire de la valeur des services indirects. Cela peut s'expliquer en partie par la crainte des bailleurs de fonds de rémunérer des cliniciens qui, par exemple, parleraient au téléphone à longueur de journée. Cette perception erronée a un aspect particulièrement ironique quand elle s'applique aux services psychiatriques qui, loin d'être considérés à la pièce ou à l'acte comme dans d'autres services médicaux spécialisés, sont structurés en fonction du temps (sauf au Québec), et la facturation du clinicien porte sur des périodes de prestation de soins et de services. Dans un tel système de rémunération en fonction d'unités de temps, le risque de surfacturation par manipulation des codes de facturation est limité de par la nature même du système, et les services psychiatriques nécessaires devraient être rémunérés

qu'ils soient offerts directement ou indirectement. La mise en œuvre judicieuse de la prestation de services indirects, qui tout en prévoyant la détermination des soins précis offerts n'est pas trop restrictive, réduit au minimum le risque de recourir indument à ces services.

L'établissement de codes propres aux services indirects a également pour effet de réduire au minimum les lacunes systémiques susceptibles d'apparaître dans ces modèles. Ainsi, l'adhésion stricte à la rémunération des seuls services directs vient saper les fondements du modèle de soins en collaboration, dont l'importance ne cesse de croître surtout dans la gestion des maladies chroniques. Certains considèrent que le modèle de rémunération à l'acte est inadapté aux soins en collaboration, mais cette inadaptation tient plus à l'absence de codes de service indirect qui autoriseraient la communication entre les professionnels de la santé qu'à une déficience structurelle du modèle. Les soins en collaboration ne sont pas un élément exclusif à un seul modèle de soins, ils peuvent s'insérer dans n'importe quel modèle pour autant que celui-ci soit doté d'un volet structuré de prestation de services indirects.

Comme les psychiatres du pays exercent de plus en plus dans divers modèles de financement des services, il faudra veiller à inclure la prestation de services indirects au modèle de soins pour faire en sorte que les patients atteints d'une maladie mentale obtiennent les soins appropriés et nécessaires.

Note : Le Comité sur les questions économiques de l'APC a dressé une liste de services indirects précis offerts dans les provinces et les territoires dans un document distinct, le présent document ayant pour but d'offrir un aperçu des principes de la prestation de services indirects.