



Les soins de santé mentale en collaboration au Canada : Défis, possibilités et nouvelles directions

Nick Kates, MBBS, FRCPC, MCFP(Hon)¹; Nadiya Sunderji, MD, MPH, FRCPC²; Victor Ng, MSc, MD, CCFP(EM), MHPE³; Maria Patriquin, MD, CCFP, FCFP⁴; Javed Alloo, MD, CCFP, MPLC⁵; Patricia Mirwaldt, MD, CCFP⁶; Erin Burrell, MD, FRCPC⁷; Michel Gervais, MD, FRCPC, MBA, MMgmt⁸; Sanam Siddiqui, MD, CCFP⁹

Un énoncé de principe rédigé par le Groupe de travail collaboratif sur les soins de santé mentale partagés de l'Association des psychiatres du Canada et du Collège des médecins de famille du Canada, approuvé par chaque organisation en janvier 2021

Introduction/Contexte

En 1997, l'Association des psychiatres du Canada (APC) et le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) ont publié un énoncé de principe¹ qui soulignait l'importance d'améliorer la collaboration entre médecins de famille et psychiatres et proposait des façons de faire évoluer les choses. En 2011, un énoncé de principe mis à jour examinait les données probantes croissantes, définissait des principes pour guider la collaboration

et les changements extérieurs nécessaires à la soutenir, élargissait la portée de la collaboration pour y inclure tous les services et prestataires de soins de santé mentale et de soins de première ligne, et faisait des recommandations pour les priorités futures.²

Depuis ce temps, les soins de santé mentale en collaboration (SSMC) ont joué un plus grand rôle dans la planification et l'organisation des systèmes de santé canadiens.³ On reconnaît de plus en plus leur potentiel

¹ Professeur et président, Département de psychiatrie et neurosciences comportementales, Université McMaster, Hamilton, Ontario

² Professeure agrégée, Département de psychiatrie, Université de Toronto, Toronto, Ontario; Psychiatre en chef et directrice du personnel, Waypoint Centre for Mental Health Care; scientifique associée, Waypoint Research Institute, Penetanguishene, Ontario

³ Directeur adjoint, Département du soutien des programmes et de la pratique, Collège des médecins de famille du Canada, Mississauga, Ontario

⁴ Fondatrice et directrice, Living Well Integrative Health Centre, Halifax, Nouvelle-Écosse; professeure adjointe, Département de médecine familiale, Université Dalhousie, Halifax, Nouvelle-Écosse

⁵ Médecin de famille, Centre de dépendance et santé mentale, Toronto, Ontario; directeur clinique pour l'intégration des soins de première ligne, Collège des médecins de famille de l'Ontario, Toronto, Ontario; Co-président, Groupe de travail collaboratif du Collège des médecins de famille du Canada, Mississauga, Ontario

⁶ Médecin (retraite), Service de santé des étudiants, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, Colombie-Britannique

⁷ Instructeur clinique, Département de psychiatrie, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, Colombie-Britannique

⁸ Professeur clinique, Département de psychiatrie, Centre hospitalier de l'Université Laval et CIUSSS de la Capitale-Nationale, Québec, Québec

⁹ Chargé de cours, Département de médecine familiale, Université du Manitoba, Winnipeg, Manitoba

© Association des psychiatres du Canada, 2023. Tous droits réservés. Ce document ne peut être reproduit sans la permission écrite de l'APC. Les commentaires des membres sont les bienvenus et seront acheminés au conseil ou au comité de l'APC approprié. Veuillez adresser toute correspondance et demande d'exemplaires au Président, Association des psychiatres du Canada, 141, av. Laurier Ouest, bureau 701, Ottawa ON K1P 5J3; Tél.: 613-234-2815; Téléc.: 613-234-9857; courriel: president@cpa-apc.org. N° de référence : 2023-64.

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 des documents. 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.

d'améliorer l'accès aux soins, surtout dans le cas des populations marginalisées et sous-desservies, d'intégrer les soins de santé physique et mentale et de faciliter les transitions dans les soins.^{2,4-22} Les modèles de soins en évolution sont de plus en plus éclairés par les données d'évaluation et les personnes ayant une expérience vécue et les familles,²³⁻²⁶ et ils utilisent des méthodes d'amélioration de la qualité et la science de leur mise en oeuvre pour guider leur mise en oeuvre et les mesures du résultat.^{24,26,27} Cela a permis aux programmes de mieux répondre aux besoins des populations spécifiques et de mieux soutenir les médecins et autres prestataires de soins de santé, tout en aménageant la capacité du système^{3,10,11,28-36} Les soins collaboratifs s'appliquent également à intégrer les soins dans d'autres contextes comme les universités et collèges, les lieux de travail, les refuges, et les installations de soins de longue durée, et à personnaliser les services pour répondre aux besoins uniques de ces groupes.^{2,3,10,37,38}

Ceci a entraîné la naissance du Modèle canadien de soins collaboratifs¹⁰ qui s'est inspiré de la vision phare du CMFC de la pratique de la médecine familiale au Canada. Le Centre de médecine de famille³⁹ englobe une approche en équipe multidisciplinaire des soins primaires axés sur le patient et la famille de toute la durée de vie. Il a également été influencé par le Modèle des soins collaboratifs mis au point aux États-Unis par Katon et collègues dans lequel de solides données probantes appuient les avantages d'amélioration des processus des soins ainsi que les résultats individuels et de la population.^{12,13,29,40}

Les données canadiennes étant limitées, cependant, des questions demeurent quant à quelles populations et quels problèmes sont mieux servis par les modèles collaboratifs, et la mesure dans laquelle les SSMC peuvent aider à la prévention, à la détection précoce, à la prévention des rechutes, à la réduction des stigmates, tout en abordant des états de santé complexes et comorbides. Et à l'époque des soins virtuels, comment utiliser au mieux les technologies pour les soins de télésanté mentale, la formation et le soutien, l'amélioration de l'autogestion et la solidification des partenariats.

Nos objectifs de cette mise à jour de l'énoncé de principe sont donc d'offrir un guide aux prestataires, administrateurs, éducateurs, chercheurs et bailleurs de fonds afin d'accélérer l'introduction d'approches des soins plus normalisées et soutenues par des données probantes, et d'améliorer notre compréhension du rôle de la collaboration pour aborder les grandes questions touchant tout système de santé.

Définitions

L'expression **soins de santé mentale en collaboration** (SSMC) est un terme général qui sert à décrire le processus par lequel les médecins de famille et les prestataires de soins de santé mentale – qu'ils soient co-localisés ou qu'ils collaborent à distance – partagent des ressources, une expertise, des connaissances et un processus décisionnel pour faire en sorte que les patients de nos communautés reçoivent des soins efficaces axés sur la personne de la part du fournisseur approprié dans l'endroit le plus pratique et de la manière la plus ponctuelle et bien coordonnée. Ces partenariats se caractérisent par a) des buts ou objectifs partagés b) la participation active de la personne qui présente le problème c) la reconnaissance et le respect mutuels d) une prise de décision équitable et efficace e) une communication claire et régulière et f) des soins fondés sur des mesures.²

Le terme **soins intégrés** désigne les situations où les services des professionnels de la santé mentale, des médecins de famille et d'autres prestataires de soins de première ligne sont rendus dans le même contexte avec un degré élevé de coordination et d'interdépendance. Cela nécessite un réalignement des ressources et de la manière dont les services sont fournis, gérés et organisés afin d'élaborer un continuum détaillé des services et d'améliorer l'accès, la qualité, la communication et le partage de l'information clinique, la satisfaction des usagers, et l'utilisation efficace et efficiente des ressources.^{37,41-43}

Les **soins de santé mentale de première ligne** désignent les soins de santé mentale qui sont prodigués dans les soins de première ligne, habituellement par un médecin de famille, sans la présence d'une équipe de santé mentale ou de ressources additionnelles.¹¹ C'est sur cette base que s'érigent les partenariats collaboratifs et les soins intégrés.

Professionnel de la santé mentale est le terme qui décrit tous les prestataires de santé mentale, quelle que soit leur discipline, à moins qu'une activité soit spécifique d'une seule discipline, soit un psychiatre, auquel cas on le précise.

Valeurs et buts

Les soins collaboratifs doivent prendre racine dans les valeurs fondamentales.^{32,37,42} Ce sont notamment :

- Être axés sur la personne et la famille, la personne elle-même étant toujours partenaire de ses propres soins.

- L'équité de l'accès, de la prestation des services et des résultats.
- Les services sont inclusifs et non stigmatisants.
- La promotion de la santé et du bien-être.
- Les déterminants sociaux et économiques de la santé sont abordés, y compris le racisme systémique.

En général, les buts et les activités des programmes ou projets refléteront ces valeurs^{2,3,10,11,32,43} et viseront à :

- Améliorer l'accès aux services.
- Améliorer l'expérience de ceux qui reçoivent les soins.
- Offrir des services durables et rentables.
- Obtenir de meilleurs résultats.
- Améliorer l'expérience d'offrir des soins.

L'effet et les bénéfices des soins collaboratifs

La prépondérance des données probantes de la recherche pour les SSMC se base sur les études du modèle élaboré par Katon et collègues au cours des 25 dernières années.^{13,29} L'accent est mis sur a) les soins par équipe, b) des soins basés sur les mesures et le traitement ciblé c) des algorithmes de traitement éclairés par les données probantes et d) des soins orientés sur la population utilisant les registres des patients et l'approche proactive.

Des études couvrant différents groupes d'âge et divers pays, dont le Canada, et qui ont principalement traité de dépression^{13,18,31,44,45} et d'anxiété,⁴⁶⁻⁴⁸ ont constamment démontré les avantages des SSMC pour améliorer les symptômes des patients, et le fonctionnement général et physique.^{12,13,21,29,31,49} Les données probantes suggèrent qu'ils accroissent l'utilisation de conseils préventifs par les patients, qu'ils aident l'observance du traitement et les résultats de meilleure santé et les taux plus élevés de satisfaction tant pour le patient que le prestataire.^{3-5,7-9,13,15,18,19,22,23,31,50-55} Les soins sont plus continus et mieux coordonnés par des professionnels de la santé qui sont en mesure de traiter une gamme de problèmes plus vaste, tandis que la coordination des services de santé physique et mentale diminue les stigmates et favorise une plus grande congruence culturelle et des résultats supérieurs pour les personnes aux états chroniques.^{3,7,18,21,56,57}

Les soins collaboratifs améliorent également l'accès tout en réduisant les temps d'attente, les visites au service d'urgence et les hospitalisations. Ils sont considérés rentables, ils évitent le chevauchement des services,

réduisent la probabilité des erreurs médicales, et soutiennent la santé de la population.^{7,10,48,51-53,58,59}

Du point de vue des systèmes, les SSMC accroissent la capacité des pratiques des cliniques de médecins de famille, car plus de gens sont vus et les compétences des prestataires de soins de première ligne sont augmentées, tout comme le système de santé mentale, dont les soins de première ligne font désormais partie intégrante.^{3,10,11,50,52,58}

Principes pour guider les soins collaboratifs

Les soins collaboratifs sont plus susceptibles d'être mis en œuvre et soutenus avec succès lorsqu'ils sont basés sur des principes, plutôt que d'être simplement adoptés ou transposés d'un modèle qui a fonctionné ailleurs, sans égard au contexte local.^{2,4,10,11,29,38,41,52,53,60,61} Les cliniciens et les planificateurs peuvent alors introduire des idées et des modèles basés sur ces principes fondamentaux et adapter les approches éclairées par les données probantes à leur besoins locaux, leurs ressources et leurs attentes. Ces principes directeurs sont organisés selon ceux qui s'appliquent a) aux partenariats entre services ou systèmes, et b) entre professionnels de la santé.

La collaboration entre services ou systèmes

- La collaboration est un processus qui change et évolue en réponse aux variables des patients, des médecins et des systèmes. Ce n'est pas un événement ou une finalité unique et son but principal est d'améliorer les résultats de santé.
- La proximité physique facilite une collaboration plus étroite.
- Les modèles devraient être adaptés individuellement à chaque médecin ou pratique – « taille unique pour chacun »
- La communication – en personne ou à l'aide de la technologie – est la pierre angulaire de la collaboration et est la plus efficace quand des moyens tant officiels qu'informels sont régulièrement employés. La langue utilisée doit être claire, mutuellement comprise, culturellement adaptée et axée sur le rétablissement.
- La transition à la collaboration exige a) un leadership et une gestion solides b) des champions pour traduire les idées innovatrices en action, c) l'engagement de chacun à tous les niveaux de l'organisation, et d) le respect de l'expertise et de l'expérience de travail de l'autre.

- Les nouveaux modèles doivent être durables, capables de survivre au départ des premiers fondateurs, et détenir le potentiel d'être transférés à d'autres milieux.
- Les soins collaboratifs existent au sein d'une communauté plus grande et du paysage fiscal, les approches doivent donc être adaptées selon la disponibilité des ressources, la culture locale, la géographie, et la gravité du problème de la personne.
- Les projets collaboratifs doivent être planifiés ensemble dès le départ, avec des buts précis et un mécanisme d'évaluation régulière des progrès.

La collaboration entre prestataires

- Les buts des soins des patients individuels et collaboratifs devraient être élaborés ensemble et être basés sur les souhaits des patients, et les différents rôles et tâches doivent être alloués selon les compétences, ressources et intérêts respectifs de chaque prestataire et non seulement selon la discipline.
- La personne et sa famille devrait toujours être au centre des soins, et les services doivent s'ajuster à mesure que leurs besoins changent avec le temps.
- L'information devrait circuler régulièrement sans entrave.
- Les soins collaboratifs devraient mettre l'accent sur la prévention, la promotion du bien-être et le fonctionnement adaptatif, et sur le traitement et la prévention des rechutes.

Éléments des projets efficaces

Les données probantes de multiples sources indiquent le suivi comme élément fondamental des SSMC efficaces.^{3,10-13,31,38,41,60-63} Les soins devraient être :

Basés en équipe L'équipe peut varier mais inclure un médecin de famille, un psychiatre, d'autres professionnels de la santé mentale, et des prestataires de soins de santé interprofessionnels travaillant dans les soins de première ligne. Au centre de l'équipe se trouve la personne (patient) et sa famille ou un autre aidant. Le personnel administratif et de gestion peut aussi jouer des rôles importants dans le fonctionnement réussi de l'équipe. L'équipe peut aussi comprendre du personnel d'organismes communautaires, qui pourrait même choisir d'être co-localisé dans les lieux des soins de première ligne.

Partagés avec les spécialistes de la santé mentale et des soins de première ligne qui demeurent impliqués et

capables de se réengager avec la personne au besoin, même si l'un ou l'autre dispense la majorité des soins à tout moment.

Soins par étapes, ce qui veut dire apparier les approches de traitement et leur intensité à la nature et la gravité du problème ou des besoins d'une personne, et échelonner l'implication des différents professionnels de la santé au besoin, selon leurs compétences respectives et la complexité du ou des problèmes.

Coordonnés avec leur médecin de famille et les professionnels de la santé mentale qui communiquent régulièrement et travaillent à des buts communs dans le cadre d'un seul plan, où sont clairement définis les rôles respectifs et les responsabilités. Les équipes fonctionnelles échangent l'information verbalement, par écrit et par voie électronique, et tous les membres de l'équipe travaillent dans leur champ d'exercice. Les tâches sont distribuées selon les compétences, plutôt que selon les titres du rôle, car certains aspects des soins peuvent être dispensés par plus d'un membre de l'équipe (**partage des tâches**). Et si des tâches cliniques et administratives peuvent être effectuées par des membres moins compétents ou qualifiés de l'équipe – souvent assistés par des directives médicales – (**transfert des tâches**) cela peut libérer du temps pour le médecin de famille ou l'infirmière praticienne afin qu'ils se concentrent sur les tâches qu'eux seuls ont les compétences, la formation ou l'autorité d'accomplir.

Informés par les données probantes avec des interventions et des traitements reposant sur les meilleures données probantes, adaptées pour répondre aux besoins et aux demandes de situations ou de lieux spécifiques.

Mesurés et évalués tant au niveau individuel que du programme, pour évaluer quels éléments d'une nouvelle intervention à enlever contribuent à son succès, et doivent être soutenus, et quels doivent être ajustés. Les critères d'évaluation doivent se baser sur les buts projetés et les données requises devraient être faciles à recueillir dans les contraintes de la pratique quotidienne

Axés sur la population et proactifs, axés sur les patients qui sont sous-desservis en raison d'obstacles à l'accès aux soins ainsi que sur ceux qui utilisent présentement les services. Assurer le suivi et la surveillance d'une population permet une intervention précoce, et la rétention dans les soins. Cela pourrait inclure la planification et la surveillance pour la prévention d'une rechute, plutôt que d'attendre que les symptômes se développent pour réengager les services.

Axés sur la personne et la famille, la personne et ses aidants étant toujours au centre de soins, et elle

s'engage dans la prise de décisions partagée dans le cadre d'un plan basé sur ses buts personnels, et muni de l'information nécessaire pour mieux gérer ses propres soins. La personne et ses aidants devraient aussi participer à la planification et à l'évaluation des services.

Équitables et inclusifs, reconnaissant et éliminant les obstacles, les préjugés et l'oppression auxquels font face les personnes des communautés marginalisées ou racialisées, et revendiquant l'éradication des attitudes et préjugés qui contribuent à ces problèmes.

Axés sur le rétablissement, reconnaissant et capitalisant sur les forces des individus, soutenant leurs buts personnels, inculquant un espoir raisonnable, et prenant en considération les rôles que peuvent jouer l'environnement physique et social d'une personne dans le développement et la gestion des problèmes de santé mentale et de dépendance.

Éclairés sur le trauma, reconnaissant le rôle que le trauma présent ou antérieur joue dans le développement et la présentation de nombreux problèmes de santé mentale et de dépendance

Activités des soins collaboratifs réussis

Les programmes aux ressources limitées peuvent devoir se concentrer sur un ou deux domaines distincts de la pratique comme l'accès rapide à une consultation psychiatrique, des séances d'éducation pour les médecins de soins de première ligne, ou une consultation et du soutien téléphoniques. Ces activités (voir ci-dessous) devraient améliorer et compléter (plutôt que reproduire) les services et traitements.^{3,4,10-13,18,31,37,38,42,50,52,56,62-65}

Soins cliniques directs dans un partenariat collaboratif

- Consultation clinique pour enfants, jeunes et adultes.
- Soins à court terme et stabilisation au cours des soins :
 - Prise en charge de la médication.
 - Brève psychothérapie – principalement thérapie cognivo-comportementale (TCC), psychothérapie interpersonnelle (PTI) ou thérapie axée sur la résolution de problèmes.
 - Gestion de cas.
- Évaluations ou traitement de la famille et du couple.
- Navigation et liens dans le système.
- Éducation et soutien de l'autogestion des patients.
- Soutien téléphonique ou virtuel.
- Discussions et revues des cas.

Coordination des soins

- Élaboration de plans de soins individualisés.
- Identification et coordination de ressources.
- Assistance à la navigation dans d'autres services.
- Communication constante.

Renforcement de la capacité du système

- Offrir des séances éducatives de renforcement des compétences pour l'équipe des soins de première ligne.
- Fournir de l'information sur les ressources ou des liens aux sites Web.
- Fournir le dépistage, la surveillance et d'autres outils cliniques qui peuvent être incorporés dans le dossier de santé électronique et les flux de travail clinique.
- Utiliser la technologie pour joindre des populations spécifiques et des professionnels de la santé.
- Élaborer des programmes éclairés par des données probantes.

Améliorer les soins des populations

- Revendiquer des changements de politique, des partenariats et des adaptations des programmes afin d'obtenir des résultats de santé équitables pour les populations désavantagées.
- Surveiller le bien-être des populations par :
 - La détection / intervention précoce.
 - La prévention des rechutes.
- Offrir une éducation en santé culturellement pertinente aux patients et aux aidants.

Rôles des membres de l'équipe de santé mentale

Dans un modèle de « soins partagés », le médecin de famille, le psychiatre et d'autres professionnels de la santé mentale (habituellement un psychologue, un travailleur social ou une infirmière) détermineront entre eux qui est le mieux placé pour dispenser des aspects spécifiques des soins et attribuer la responsabilité conformément.^{10-13,66,67} Dans la plupart des cas, le médecin de famille continuera de dispenser les soins après une consultation ou un bref traitement, avec le soutien de l'équipe de santé mentale, mais la présence d'un psychiatre ou d'un autre professionnel de la santé mentale lui permet d'étendre son rôle, sachant que le soutien est facilement accessible.

Bien que le rôle principal du psychiatre soit habituellement d'offrir une consultation et des soins à court terme ou la stabilisation,^{66,68} il doit aussi se préoccuper des soins indirects (p. ex., les discussions de cas) et du renforcement de la capacité (p. ex., par l'éducation basée sur les cas) au sein de l'équipe des soins de première ligne, et d'aider aux références. Le psychologue, le travailleur social et l'infirmière ont de nombreux rôles potentiels notamment l'évaluation, la planification des soins et la thérapie permanente, la surveillance et le soutien, la navigation dans le système et l'information pour l'équipe. Cela peut varier selon la portée de leur pratique et les besoins de la pratique.

Les prestataires de soins de santé de première ligne comme les infirmières, les diététiciens, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les pharmaciens et les travailleurs sociaux sont bien placés pour reconnaître les problèmes de santé mentale, offrir du soutien ou des conseils, consulter les autres membres de l'équipe et approfondir la compréhension du patient de la nature interreliée de ses problèmes de soins de santé physique et mentale.

Les rôles spécifiques de chaque membre de l'équipe sont présentés au Tableau 1.

Responsabilité médico-légale

Bien que « le médecin le plus responsable » des projets collaboratifs soit le plus souvent le médecin de famille, la responsabilité et la responsabilité civile potentielle sont partagées.^{2,11} L'information peut s'échanger au sein du « cercle de soins » du patient et tous les professionnels de la santé sont censés respecter les normes prévues à leur discipline, et protéger les lignes directrices sur l'aspect privé de l'information de santé personnelle dans la documentation et la communication.

Changements de l'organisation et de la pratique nécessaires au soutien des soins collaboratifs

Les changements du mode d'organisation des soins dans une pratique sont souvent importants pour une collaboration réussie et durable.^{11,64} Ce sont notamment :

- Une préparation adéquate / une formation pour travailler dans les soins de première ligne.
- Transferts des soins de personne à personne (« transferts chaleureux »).
- L'emploi de protocoles de traitement, de lignes directrices ou de trajectoires de soins.
- Tenue et suivi partagés des dossiers.

- Registres des cas, pour promouvoir l'accent mis sur la population.
- Temps réservé aux activités collaboratives.
- Incitations (universitaires, professionnelles, financières etc.) pour promouvoir la pratique collaborative.
- Mesure, estimation et évaluation des besoins à l'aide d'information quantitative et qualitative.

La collaboration est également plus susceptible de réussir si d'autres soutiens externes sont en place, comme le plaidoyer, les lignes directrices et le soutien des organisations provinciales ou nationales, et la formation en matières universitaires. Le développement d'un cadre politique provincial ou territorial qui incorpore les SSMC, et un financement permanent de projets innovateurs et de transmission des connaissances sont également gagnants.²

Changements que tout service de santé mentale peut apporter pour améliorer la collaboration

Une meilleure collaboration avec les soins de première ligne devrait constituer un but pour tous les services de soins de santé mentale.^{10,11} Bien que cet énoncé de principe porte principalement sur l'intégration des prestataires de santé mentale au sein des soins de première ligne, chaque service de santé mentale peut apporter des changements afin d'améliorer la communication et la coordination des soins, accroître l'accès ou renforcer la capacité des soins de première ligne de dispenser des soins de santé mentale efficaces. Les options à envisager se trouvent au Tableau 2.

Utilisation de nouvelles technologies

Télesanté et soins virtuels

Cette option est de plus en plus utilisée pour dispenser les soins^{48,69-72} et est devenue le mode principal de prestation des soins durant la pandémie de la COVID-19. La télesanté peut améliorer l'accès aux soins pour les populations sous-desservies et les personnes habitant les régions éloignées, qui n'ont peut-être pas un accès direct aux services de santé mentale, ou pour qui une consultation à « distance » est plus pratique pour le patient. On peut même l'employer dans la même communauté, réduisant ainsi le besoin de voyager des psychiatres ou des travailleurs de la santé mentale, ou pour la continuité des soins, quand ils ne sont pas à leur bureau. Et cela permet une participation synchrone de participants

Tableau 1. Rôles potentiels des membres de l'équipe de santé mentale

Activité (Compétence)	Médecin de famille	Psychiatre	Cliniciens de la santé mentale	Autre membre de l'équipe (p. ex., infirmière, pharmacien, diététicien)
Soins cliniques directs				
Dépistage et identification	✓		✓	✓
Évaluation et consultation individuelles	✓	✓	✓	
Évaluation et consultation familiales	✓	✓	✓	
Initiation d'un traitement par médication	✓	✓		
Conseils téléphoniques à l'équipe		✓		
Intégration des soins de santé physique et mentale	✓	✓		✓
Traitements psychologiques spécifiques (c.-à-d., TCC, TIP, TAE et TCBPC)	✓		✓	✓
Gestion / réconciliation de la médication	✓	✓		✓
Promotion de la santé, changement du comportement de santé	✓			✓
Gestion et coordination des soins				
Coordination des soins	✓		✓	✓
Gestion des soins	✓		✓	✓
Discussions des cas	✓	✓	✓	
Navigation dans le système	✓		✓	✓
Surveillance et prévention des rechutes	✓		✓	✓
Interventions familiales et de couple	✓		✓	✓
Référence	✓	✓	✓	✓
Éducation des patients et des familles et soutien de l'autogestion	✓	✓	✓	✓
Renforcement de la capacité du système				
Éducation et formation du personnel	✓	✓	✓	
Formation de partenariats communautaires	✓	✓	✓	✓
Introduction de nouveaux outils pour étendre les soins	✓	✓	✓	
Utilisation des registres de soins / des ensembles de données	✓	✓	✓	✓
Évaluation du programme, amélioration de la qualité	✓	✓	✓	✓
Amélioration des soins de la population				
Détection précoce	✓			✓
Prévention des rechutes	✓	✓	✓	✓
Élimination des obstacles aux soins	✓	✓	✓	✓
Offre de soins adaptés culturellement	✓	✓	✓	✓
Plaidoyer au niveau communautaire	✓	✓	✓	✓

Tableau 2. Activités que peut envisager un service de santé mentale

But	Activités
Améliorer la communication	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir des résumés des congés et des évaluations utiles et ponctuels, et des mises à jour sur les changements des soins • Informer les médecins de famille des programmes offerts et des changements dans les services • Obtenir activement les idées des médecins de famille en matière d'améliorations par des discussions, des sondages et des groupes de discussion 1:1
Améliorer l'accès en temps opportun à une consultation ou aux soins	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir des conseils par téléphone ou des services de consultation électronique aux médecins de famille • Offrir un service de consultation rapide, avec des recommandations à mettre en œuvre par le médecin de famille tandis que le patient attend la disponibilité d'autres services • Aider à la navigation dans le système • Offrir d'autres ressources et soutiens pour aider à l'autogestion
Améliorer la coordination des soins	<ul style="list-style-type: none"> • Élaborer et mettre à jour les plans de soins des patients avec le patient et l'équipe • Préciser les responsabilités et rôles respectifs des membres de l'équipe • Discuter des références éventuelles avant qu'elles ne se fassent • Faciliter les transitions et assurer l'échange d'information de personne à personne
Accroître la capacité des soins de première ligne de gérer les problèmes de santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> • Donner des séances éducatives ou des activités de développement professionnel continu pour les médecins de famille. • Fournir des instruments de dépistage pertinents, des lignes directrices de traitement à jour et des ressources en ligne • Fournir de l'information sur les ressources et les programmes communautaires

plus large, et d'améliorer la coordination et la planification des soins.

La télésanté peut soutenir l'apprentissage à distance à la faveur de webinaires ou de séances d'enseignement moins officielles (souvent basées sur les cas) avec un groupe de médecins de famille. Une autre option est le modèle « former le formateur » comme celui qu'emploie le Projet ECHO,⁷¹ dans lequel des prestataires locaux d'une communauté distante sont entraînés et soutenus par une autre localité ayant un accès régulier aux discussions de cas, à l'éducation et au soutien. ECHO offre également un soutien indirect à la gestion de cas.

Les rendez-vous virtuels et l'éducation en ligne seront partie intégrante de tous les futurs soins collaboratifs. Ils peuvent étendre la portée des SSMC et faciliter de beaucoup d'autres activités comme la surveillance après un épisode de soins. Les expériences durant la pandémie de la CO-VID suggèrent que bien des patients sont satisfaits des soins virtuels et que les taux d'absence peuvent être plus faibles. Cela peut être aussi une question d'équité car tous n'ont pas accès à Internet ou même à un téléphone, ou à un endroit privé où s'exprimer confortablement.

Utilisation des applications et des ressources en ligne

Il y a un nombre croissant d'applications, de sites Web et d'autres ressources en ligne qui peuvent être offerts aux patients pour aider à l'autogestion.^{73,74} Il est utile que les prestataires soient familiers avec les applis

les plus en usage, notamment celles qui ont un coût, et qu'ils dirigent les patients vers celles qui sont appropriées pour leurs soins.

Autres technologies

On peut aussi offrir un soutien par téléphone, courriel, et messages directs incluant des questions et des réponses d'une liste de diffusion. Les plateformes sécurisées sont essentielles. Quand il est soutenu, l'accès aux portails centralisés permet à de nombreux professionnels de la santé de communiquer, et d'examiner les résultats des consultations, investigations et laboratoires.

Intégration des soins de santé physique dans les milieux de santé mentale

Dans de nombreuses parties du Canada, les personnes vivant avec un problème de dépendance et de santé mentale, particulièrement celles souffrant de maladies mentales graves et persistantes, font face à des difficultés d'accès à des soins réguliers, détaillés et continus.

Une solution a été l'intégration à des programmes de santé mentale de médecins de famille et/ou d'autres professionnels de la santé (p. ex., les infirmières praticiennes) qui visiteront régulièrement afin d'évaluer les problèmes de santé aigus et chroniques, d'initier un traitement si possible, d'offrir un enseignement et une éducation en santé, et de relier les personnes à d'autres services de santé requis.⁴⁹

Compétences de « l'équipe » et formation des professionnels de la santé

Travailler en collaboration nécessite des compétences spécifiques de la part des professionnels de la santé mentale.^{10,11,67,72,75-77} Certaines sont des qualités et des attitudes personnelles comme la flexibilité, le respect, une volonté d'apprendre, et la reconnaissance du besoin de ne pas toujours être « l'expert ». Ils doivent aussi apprécier le rôle que jouent les soins de première ligne dans tout système de santé, les demandes qui leur reviennent et la façon dont elles sont gérées au quotidien. Une façon de comprendre ceci est de passer une journée à observer un collègue plus expérimenté.

Tous les professionnels de la santé devraient posséder des aptitudes à la communication efficace et une sensibilité culturelle, être conscients des préjugés implicites et être capables de les modérer, et réduire les stigmates associés à l'accès aux services de santé mentale ou au fait d'avoir un problème de santé mentale.

La préparation des futurs professionnels des soins de première ligne et de la santé mentale pour travailler dans des partenariats collaboratifs est essentielle à la durabilité à long terme des soins collaboratifs, de sorte que ce style de pratique devienne une partie intégrante et voulue de la pratique pour tous les futurs praticiens.⁷⁸⁻⁸⁰

Même si les placements en soins collaboratifs ne seront plus obligatoires pour les résidents canadiens en vertu du nouveau programme d'études Compétence par conception (CPC), tous les résidents devraient continuer d'acquérir une forte expérience dans les SSMC afin d'apprécier le rôle que jouent les médecins de famille, et les bénéfices d'une meilleure collaboration, et de développer des compétences de consultant et de collaborateur. Le développement des facultés est aussi important.

La formation en science du comportement des résidents en médecine de famille doit également continuer d'être soulignée, pour les préparer à leur future pratique, notamment travailler en équipes et dans des milieux qui intègrent les professionnels de la santé mentale.

Évaluation des programmes et amélioration de la qualité

L'évaluation devrait être intégrée dès le début de toute initiative, avec un but clairement énoncé et la façon dont les résultats seront utilisés et par qui.^{24,81,82} La participation des patients partenaires à toutes les étapes de la planification et de l'évaluation du programme est essentielle et de nombreuses ressources existent

pour appuyer ceci.^{23,25} L'évaluation devrait prendre en compte : i) dans quelle mesure les buts généraux de la collaboration entre deux systèmes ou secteurs ont-ils été atteints (résultats), ii) dans quelle mesure les changements planifiés à la prestation des soins ont-ils été mis en œuvre (processus), et iii) si les soutiens nécessaires sont en place pour l'efficacité et la durabilité du programme.

Le matériel servant à l'évaluation devrait être facile à remplir, en utilisant des instruments de mesure validés autant que possible, et en équilibrant les données quantitatives et qualitatives. Les zones mesurées devraient convenir aux domaines des soins de qualité (voir le Tableau 3), chaque domaine incluant une variété de mesures des processus et des résultats. L'évaluation doit être de prédominance formative, et permettre le raffinement itératif et l'usage de petits tests du changement.

Problèmes

Malgré les progrès accomplis, des problèmes peuvent survenir.^{10,11,37,43,47,64,66,81,83,84} Des ressources insuffisantes peuvent limiter ce que peut accomplir un programme, alors les attentes, les services et les priorités doivent être adaptés conformément. L'espace peut être limité et nécessiter de la souplesse et souvent un partage, avec des professionnels de la santé mentale qui doivent s'ajuster à travailler dans des conditions différentes de celles auxquelles ils sont habitués.

Les contraintes de temps sont souvent un facteur et exigent de tous des compromis. Les professionnels de la santé mentale doivent respecter les multiples demandes faites aux médecins de famille, tandis que le médecin de famille doit être disposé à trouver du temps pour les discussions de cas, les revues et autres activités. Ces problèmes sont exacerbés en outre par le manque de médecins de famille et de psychiatres dans bien des coins du Canada. Il s'agit aussi d'un style de pratique qui ne convient peut-être pas à tout le monde, donc évaluer l'aptitude à ce travail et la préparation adéquate avant de commencer est important.

Une vision d'avenir

En regardant en avant, nous envisageons un réseau bien intégré de soins de santé mentale et de première ligne dans chaque communauté du Canada, avec quatre éléments qui se complètent et se renforcent.

Le premier élément voit les médecins de famille et d'autres professionnels des soins de première ligne jouer

Tableau 3. Domaines de qualité et cibles de mesure potentielles dans l'évaluation du programme

Efficace	Opportun	Efficient	Axé sur le patient	Équitable	Sécuritaire	Expérience du prestataire
Les soins suivent les lignes directrices éclairées par les données probantes	Identification précoce des problèmes	Quantité de services dispensés	Patients participant autant à la détermination de buts et à la planification des soins qu'ils le désirent	Élimination des obstacles à l'accès	Réconciliation de la médication à chaque visite	Satisfaction du prestataire
Résultats cliniques (échelles d'évaluation des symptômes, fonctionnement, qualité de vie, rétablissement)	Temps d'attente de la référence au début du traitement	Champ d'action des membres de l'équipe	Le patient a une copie de leur plan	Collecte et gestion des données de la population pour la planification et la surveillance	Élimination des effets indésirables évitables	Rétention des prestataires
Pourcentage des patients qui répondent au traitement, se remettent avec le traitement	Processus du triage	Utilisation de services extérieurs	L'expérience des soins du patient	Équité dans l'utilisation des services de santé		Fonctionnement de l'équipe
	Temps d'attente de la demande à la réception de conseils (consultation indirecte)		Participation du patient et de la famille à la planification et aux évaluations du programme	Équité dans les résultats de santé		Prestataires / pratiques participant à la planification locale
				Les patients connaissent des soins culturellement adaptés		

un rôle croissant dans la prestation des soins de santé mentale, même sans l'ajout de nouvelles ressources, en augmentant les compétences et la capacité du secteur des soins de première ligne de dispenser des « soins de santé mentale de première ligne », soutenus par le système local de santé mentale.

Le deuxième est la création de partenariats plus forts entre tous les services de santé mentale et de dépendance et leurs collègues des soins de première ligne, afin d'améliorer l'accès aux soins et de soutenir et aider les soins de première ligne à dispenser des soins de santé mentale efficaces.

Le troisième élément est l'intégration des prestataires des soins de santé mentale dans des contextes de soins de première ligne pour améliorer l'accès à l'évaluation et au traitement de grande qualité de la santé mentale et de la dépendance, et améliorer l'expérience du patient. Les médecins de famille seront alors mieux placés pour s'occuper de détection précoce, de prévention des rechutes et de promotion du bien-être.

Et enfin, ce système réaménagé doit être soutenu par a) une stratégie de financement qui soutient des projets et des innovations permanents réussis, b) des plans provinciaux ou territoriaux qui définissent clairement le rôle des soins de première ligne et des SSMC au sein des systèmes reconçus de santé mentale et de dépendance et c) une stratégie de formation pour préparer tous

les prestataires à de nouveaux rôles, en particulier les résidents en psychiatrie et en médecine de famille.

Potentiel d'aborder d'autres problèmes dans le système

Bien qu'ils ne soient pas des « solutions miracles », les prestataires de santé mentale qui travaillent dans les soins de première ligne peuvent aider la pratique comme le système local à aborder les problèmes de santé mentale auxquels fait face tout système de soins de santé. Ce sont notamment :

- Prévention des visites évitables au service des urgences (SU), par une intervention précoce et la prévention des rechutes
- Amélioration des transitions, surtout de l'hôpital à la communauté et des services pour les jeunes à ceux pour adultes
- Soutien des populations vieillissantes vivant avec des conditions complexes et chroniques
- Réduction de la fragmentation et du chevauchement des services et des coûts
- Réduction des erreurs et accroissement de la sécurité des patients
- Répondre aux besoins de populations spécifiques (communautés rurales et isolées, celles vivant avec

les opioïdes ou autres dépendances, les gens de diverses origines culturelles)

- Amélioration des soins préventifs surtout pour les enfants, notamment un suivi proactif après le bilan de santé amélioré à 18 mois)

Recommandations

Prenant tout ce qui précède en considération, nous faisons les recommandations suivantes :

Financement

- Le groupe des professionnels de la santé de toutes les disciplines qui sont financés pour travailler à des projets collaboratifs doit être augmenté
- Les modèles de financement des médecins et des tarifs de facturation doivent changer pour soutenir la pratique collaborative
- Les bailleurs de fonds tiennent compte des économies de coûts potentielles associées à des SSMC réussis (reconnaissance précoce, moins de chevauchement des services, réduction des visites évitables au SU, moins de dépendance vis-à-vis des autres secteurs comme la protection de l'enfance et les systèmes juridiques) grâce à leur prise de décision et leur planification.

Évaluation

- Mesure et évaluation doivent être régulièrement incluses dans les projets collaboratifs – selon les buts du projet – pour démontrer l'effet du programme et sa responsabilité quant à l'utilisation des ressources.

Élaboration du modèle

- Les modèles de SSMC doivent être éclairés par les données probantes, basés en équipe, échelonnés, partagés, coordonnés, axés sur la personne et la famille, orientés sur le rétablissement et éclairés sur le trauma et ciblés sur les populations comme les individus
- Les soins collaboratifs doivent être culturellement adaptés, pertinents et répondre aux besoins des communautés spécifiques, notamment celles qui sont marginalisées, racialisées, autochtones et sous-desservies, et combattre le racisme et l'oppression.
- Le « rayonnement » des SSMC peut s'accroître par le transfert des tâches, l'utilisation de la technologie pour promouvoir l'accès aux soins et leur coordination; et les partenariats avec des organismes communautaires

- Il faut porter plus d'attention à la transition entre les secteurs et les services, et à la communication directe sur les plans de soins.
- Les cercles de soins doivent inclure les membres de la famille, les partenaires de soins, ou les soutiens informels identifiés par le patient.
- Les soins collaboratifs doivent aborder les conséquences associées aux événements indésirables de l'enfance sur la santé mentale et physique, et reconnaître le rôle que pourraient jouer les SSMC afin d'atténuer les conséquences à long terme.
- Les prestataires de première ligne, dont les médecins de famille et les psychiatres doivent participer à la planification et à la mise en œuvre de nouveaux modèles.
- Les déterminants sociaux doivent être incorporés aux projets collaboratifs, notamment le logement approprié, l'innocuité alimentaire et le soutien d'activités significatives ou le retour au travail.

Formation

- Les résidents en psychiatrie doivent continuer de recevoir leur formation dans les SSMC dans le cadre du nouveau programme d'études Compétence par conception.
- Les résidents en médecine de famille seront censés évaluer et gérer les patients dont les conditions comportementales, de santé mentale et d'utilisation de substances sont communes, et seront encouragés à s'impliquer dans les SSMC autant que possible et approprié.

Expansion du modèle

- Tous les services de santé mentale devraient élaborer des stratégies pour travailler en collaboration plus étroite avec leur communauté locale en a) améliorant la communication et la coordination des soins avec les médecins de famille et les collègues des soins de première ligne, b) améliorant l'accès et c) renforçant la capacité des soins de première ligne.
- L'intégration de la médecine de famille aux soins et services de santé mentale pour mieux répondre à la santé physique des personnes vivant avec de graves problèmes de santé mentale persistants qui n'ont pas accès à un prestataire des soins de première ligne.

Intégration du système

- Les réseaux locaux, régionaux et provinciaux / territoriaux visant à partager l'information au sujet de ce qui fonctionne et comment le diffuser devraient être établis dans ces administrations.

Recherche

- La base des données probantes pour les SSMC devrait être élargie et inclure les analyses économiques, la détermination de quelles populations et quels problèmes sont les mieux traités dans quels contextes, les principaux processus de soins pour obtenir de bons résultats individuels et de la population, et des façons dont les SSMC peuvent appréhender de grandes questions du système de santé.

Reconnaissance

Les auteurs remercient le Dr Michel Gervais pour son aide dans la révision de la traduction de cet énoncé de principe.

Bibliographie

- Kates N, Craven M, Bishop J, et coll. Soins de santé mentale partagés au Canada. *Can J Psychiatry*. 1997;42(8 suppl 1):S104p.
- Kates N, Mazowita G, Lemire F, et coll. L'évolution des soins de santé mentale en collaboration au Canada : Une vision d'avenir partagée. *Can J Psychiatry*. 2011;56(5):I1-I10.
- Bullock HL, Waddell K, Wilson MG. Rapid synthesis: identifying and assessing core components of collaborative-care models for treating mental and physical health conditions. Paper presented at the McMaster Health Forum; 2017 mars 31; Hamilton (ON).
- Archer J, Bower P, Gilbody S, et coll. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;10:CD006525.
- Butler M, Kane RL, McAlpine D, et coll. Integration of mental health/substance abuse and primary care. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. 2008;173:1-362.
- Craven MA, Bland R. Better practices in collaborative mental health care: an analysis of the evidence base. *Can J Psychiatry*. 2006;51(6 Suppl 1):7S-72S.
- Gerrity M. Evolving models of behavioral health integration: evidence update 2010–2015. New York (NY): Milbank Memorial Fund; 2016. [cité 2021 oct 7]. À l'adresse : <https://www.milbank.org/wp-content/uploads/2016/05/Evolving-Models-of-BHI.pdf>.
- Gilbody S, Bower P, Fletcher J, et coll. Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch Intern Med*. 2006;166(21):2314-2321.
- Gillies D, Buyck P, Parker AG, et coll. Consultation liaison in primary care for people with mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2015(9):CD007193.
- Kates N. Mental health and primary care: contributing to mental health system transformation in Canada. *Can J Commun Ment Health*. 2018;36(4):33-67.
- Kates N, Arroll B, Currie E, et coll. Improving collaboration between primary care and mental health services. *World J Biol Psychiatry*. 2019;20(10):748-765.
- Katon WJ, Lin EH, Von Korff M, et coll. Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. *N Engl J Med*. 2010;363(27):2611-2620.
- Katon WJ, Seelig M. Population-based care of depression: team care approaches to improving outcomes. *J Occup Environ Med*. 2008;50(4):459-467.
- Beck A, Boggs JM, Alem A, et coll. Large-scale implementation of collaborative care management for depression and diabetes and/or cardiovascular disease. *J Am Board Fam Med*. 2018;31(5):702-711.
- Kwan BM, Nease DE. The state of the evidence for integrated behavioral health in primary care. Dans: Talen MR, Burk Valeras A, dirs. *Integrated behavioral health in primary care: evaluating the evidence, identifying the essentials*. New York (NY): Springer; 2012:65-98.
- Mulvale G, Danner U, Pasic D. Advancing community-based collaborative mental health care through interdisciplinary family health teams in Ontario. *Can J Commun Ment Health*. 2009;27(2):55-73.
- Bartels SJ, DiMilia PR, Fortuna KL, et coll. Integrated care for older adults with serious mental illness and medical comorbidity: evidence-based models and future research directions. *Clin Geriatr Med*. 2020;36(2):341-352.
- Unutzer J, Ratzliff AH. Evidence base and core principles. Dans: Raney LE, dir. *Integrated care: working at the interface of primary care and behavioral health*. Arlington (VA): American Psychiatric Association Publishing; 2015:3-16.
- Cerimele JM, Katon WJ, Sharma V, et coll. Delivering psychiatric services in primary-care setting. *Mt Sinai J Med*. 2012;79(4):481-489.
- Dham P, Colman S, Saperson K, et coll. Collaborative care for psychiatric disorders in older adults: a systematic review. *Can J Psychiatry*. 2017;62(11):761-771.
- Katon W, Lin EH, Von Korff M, et coll. Integrating depression and chronic disease care among patients with diabetes and/or coronary heart disease: the design of the TEAMcare study. *Contemp Clin Trials*. 2010;31(4):312-322.
- Reed SJ, Shore KK, Tice JA. Effectiveness and value of integrating behavioral health into primary care. *JAMA Intern Med*. 2016;176(5):691-692.
- Menear M, Dugas M, Careau E, et coll. Strategies for engaging patients and families in collaborative care programs for depression and anxiety disorders: a systematic review. *J Affect Disord*. 2020;263:528-539.
- Sunderji N, Ion A, Ghavam-Rassoul A, et coll. Evaluating the implementation of integrated mental health care: a systematic review to guide the development of quality measures. *Psychiatr Serv*. 2017;68(9):891-898.
- Sunderji N, Ion A, Lin E, et coll. Participatory approaches to evaluating integrated care: the vital role for client inclusion and participation. *BMJ Qual Saf*. 2018;27(1):90-91.
- Ion A, Sunderji N, Jansz G, et coll. Understanding integrated mental health care in "real-world" primary care settings: what matters to health care providers and clients for evaluation and improvement? *Fam Syst Health*. 2017;35(3):271-282.
- Goldman ML, Spaeth-Rublee B, Pincus HA. Quality indicators for physical and behavioral health care integration. *JAMA*. 2015;314(8):769-770.
- Drummond C, Coulton S, James D, et coll. Effectiveness and cost-effectiveness of a stepped care intervention for alcohol use disorders in primary care: pilot study. *Br J Psychiatry*. 2009;195(5):448-456.
- Unutzer J, Ratzliff A. Integrated care: working at the interface of primary care and behavioral health. Dans: Raney LE, dir. *Evidence base and core principles*. Arlington (VA): American Psychiatric Association Publishing; 2015:3-17.

30. Storck M, Beal T, Bacon JG, et coll. Behavioral and mental health challenges for indigenous youth: research and clinical perspectives for primary care. *Pediatr Clin North Am.* 2009;56(6):1461-1479.
31. Unützer J, Katon W, Callahan CM, et coll. IMPACT investigators. Improving mood-promoting access to collaborative treatment. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2002;288(22):2836-2845.
32. American Psychiatric Association. Dissemination of integrated care within adult primary care settings. Arlington (VA): Auteur; 2016.
33. Chwastiak L, Vanderlip E, Katon W. Treating complexity: collaborative care for multiple chronic conditions. *Int Rev Psychiatry.* 2014;26(6):638-647.
34. Cohen DJ, Balasubramanian BA, Davis M, et coll. Understanding care integration from the ground up: five organizing constructs that shape integrated practices. *J Am Board Fam Med.* 2015;28(Suppl 1):S7-S20.
35. Ward M, Druss B. The case for primary care in public mental health settings. Dans : Ranev LE, dir. *Integrated care: working at the interface of primary care and behavioral health.* Arlington (VA): American Psychiatric Association Publishing; 2015:141-168.
36. Collins C, Hewson DL, Munger R, et coll. Evolving models of behavioral health integration in primary care. New York (NY): Milbank Memorial Fund; 2010 [cité 2021 oct 7]. À l'adresse : <http://www.milbank.org/reports/10430EvolvingCare/10430Evolvin gCare.html#PracticeModel3>.
37. AIMS Center. Patient-centered integrated behavioral health care: principles & tasks checklist. Seattle (WA): University of Washington; 2012 [cité 2021 oct 7]. À l'adresse : https://aims.uw.edu/sites/default/files/CollaborativeCarePrinciplesAndComponents_2014-12-23.pdf.
38. Flexhaug M, Noyes S, Phillips R. Integrated models of primary care and mental health & substance use care in the community: literature review and guiding document. Vancouver (BC): British Columbia Ministry of Health; 2012 [cité 2021 sept 19]. À l'adresse : <http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2012/integrated-models-lit-review.pdf>.
39. Collège des médecins de famille du Canada. Une nouvelle vision pour le Canada: Pratique de médecine familiale — Le Centre de médecine de famille. Mississauga (ON): Auteur; 2019 [Cité 7 octobre 2021]. À l'adresse : https://patientsmedicalhome.ca/files/uploads/PMH_VISION2019_FRE_WEB_3.pdf.
40. Vanderlip ER, Rundell J, Avery M, et coll. Dissemination of integrated care within adult primary care settings: the collaborative care model. Washington (DC): American Psychiatric Association and Academy of Psychosomatic Medicine; 2016 [cité 2021 oct 7]. À l'adresse : <https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/Professional-Topics/Integrated-Care/APA-APM-Dissemination-Integrated-Care-Report.pdf>.
41. Korsen N, Narayanan V, Mercincavage L, et coll. Atlas of integrated behavioral health care quality measures. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2013 [cité 2021 oct 7]. À l'adresse : <https://integrationacademy.ahrq.gov/products/behavioral-health-measures-atlas>.
42. Bullock H. Knowledge synthesis: identifying and assessing core components of collaborative-care models for treating mental and physical health conditions. Report from the McMaster Health Forum McMaster University; 2017 mars 31. Hamilton (ON). À l'adresse : <https://www.mcmasterforum.org/docs/default-source/product-documents/rapid-responses/identifying-and-assessing-core-components-of-collaborative-care-models.pdf?sfvrsn=2>.
43. Crowley RA, Kirschner N. Health and public policy committee of the American college of physicians. The integration of care for mental health, substance abuse, and other behavioral health conditions into primary care: executive summary of an American college of physicians position paper. *Ann Intern Med.* 2015;163(4):298-299.
44. Blackmore MA, Carleton KE, Ricketts SM, et coll. Comparison of collaborative care and colocation treatment for patients with clinically significant depression symptoms in primary care. *Psychiatr Serv.* 2018;69(11):1184-1187.
45. Coventry PA, Hudson JL, Kontopantelis E, et coll. Characteristics of effective collaborative care for treatment of depression: a systematic review and meta-regression of 74 randomised controlled trials. *PLoS One.* 2014;9:e108114.
46. Huffman JC, Mastromauro CA, Beach SR, et coll. Collaborative care for depression and anxiety disorders in patients with recent cardiac events: the Management of Sadness and Anxiety in Cardiology (MOSAIC) randomized clinical trial. *JAMA Intern Med.* 2014;174(6):927-935.
47. Overbeck G, Davidsen AS, Kousgaard MB. Enablers and barriers to implementing collaborative care for anxiety and depression: a systematic qualitative review. *Implement Sci.* 2016;11(1):165.
48. Rollman BL, Belnap BH, Abebe KZ, et coll. Effectiveness of online collaborative care for treating mood and anxiety disorders in primary care: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry.* 2017;75(1):56-64.
49. Gerrity M, Zoller E, Pinson N, et coll. Integrating primary care into behavioral health settings: what works for individuals with serious mental illness. New York (NY): Milbank Memorial Fund; 2014 [cité 2021 sept 26]. À l'adresse : <https://www.milbank.org/wp-content/uploads/2016/04/Integrating-Primary-Care-Report.pdf>.
50. Katzelnick DJ, Williams MD. Large-scale dissemination of collaborative care and implications for psychiatry. *Psychiatr Serv.* 2015;66(9):904-906.
51. Mullin DJ, Funderburk JS. Implementing clinical interventions in integrated behavioral health settings: best practices and essential elements. Dans : Talen MR, Burk Valeras A, dirs. *Integrated behavioral health in primary care: evaluating the evidence, identifying the essentials.* New York (NY): Springer; 2012:273-299.
52. Thota AB, Sipe TA, Byard GJ, et coll. Collaborative care to improve the management of depressive disorders: a community guide systematic review and meta-analysis. *Am J Prev Med.* 2012;42(5):525-538.
53. Woltmann E, Grogan-Kaylor A, Perron B, et coll. Comparative effectiveness of collaborative chronic care models for mental health conditions across primary, specialty, and behavioral health care settings: systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry.* 2012;169(8):790-804.
54. Lin EH, Von Korff M, Ciechanowski P, et coll. Treatment adjustment and medication adherence for complex patients with diabetes, heart disease, and depression: a randomized controlled trial. *Ann Fam Med.* 2012;10(1):6-14.
55. Ludman EJ, Peterson D, Katon WJ, et coll. Improving confidence for self-care in patients with depression and chronic illnesses. *Behav Med.* 2013;39(1):1-6.
56. World Health Organization. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: Mental Health Gap Action Programme (mhGAP). Geneva (CH): Auteur; 2010.
57. Henderson C, Noblett J, Parke H, et coll. Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *Lancet Psychiatry.* 2014;1:467-482.
58. Unützer J, Carlo AD, Collins PY. Leveraging collaborative care to improve access to mental health care on a global scale. *World Psychiatry.* 2020;19(1):36-37.
59. Desmedt M, Vertriest S, Hellings J, et coll. Economic impact of integrated care models for patients with chronic diseases: a systematic review. *Value Health.* 2016;19:892-902.
60. Jeffries V, Slaunwhite A, Wallace N, et coll. Collaborative care for mental health and substance use issues in primary health care. Ottawa (ON): Mental Health Commission of Canada; 2013 [cité 2021 oct 7]. À l'adresse : https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/PrimaryCare_Overview_Reviews_Narrative_Summaries_ENG_0.pdf.

61. Kilbourne AM, Schulberg HC, Post EP, et coll. Translating evidence-based depression management services to community-based primary care practices. *Milbank Q.* 2004;82(4):631-659.
62. Greenhalgh T. WHO/WONCA report - integrating mental health in primary care: a global perspective. *London J Prim Care (Abingdon.* 2009;2(1):81-82.
63. James LC, O'Donohue WT, dir. *The primary care toolkit: practical resources for the integrated behavioral care provider.* New York (NY): Springer; 2009.
64. Whitebird RR, Solberg LI, Jaeckels NA, et coll. Effective implementation of collaborative care for depression: what is needed? *Am J Manag Care.* 2014;20(9):699-707.
65. Bao Y, Druss BG, Jung HY, et coll. Unpacking collaborative care for depression: examining two essential tasks for implementation. *Psychiatr Serv.* 2016;67(4):418-424.
66. Raney LE. Integrating primary care and behavioral health: the role of the psychiatrist in the collaborative care model. *Am J Psychiatry.* 2015;172(8):721-728.
67. Raney L, Lasky G, Scott C. *The collaborative care team in action.* Dans : Raney LE, dir. *Integrated care: working at the interface of primary care and behavioral health.* Arlington (VA): American Psychiatric Association Publishing; 2015:17-42.
68. Kates N, McPherson-Doe C, George L. Integrating mental health services within primary care settings: the Hamilton family health team. *J Ambul Care Manage.* 2011;34(2):174-182.
69. Simon GE, Ludman EJ, Rutter CM. Incremental benefit and cost of telephone care management and telephone psychotherapy for depression in primary care. *Arch Gen Psychiatry.* 2009;66(10):1081-1089.
70. Simon GE, Ralston JD, Savarino J, et coll. Randomized trial of depression follow-up care by online messaging. *J Gen Intern Med.* 2011;26(7):698-704.
71. Zhou C, Crawford A, Serhal E, et coll. The impact of project ECHO on participant and patient outcomes: a systematic review. *Acad Med.* 2016;91(10):1439-1461.
72. Rockman P, Salach L, Gotlib D, et coll. Shared mental health care. Model for supporting and mentoring family physicians. *Can Fam Physician.* 2004;50:397-402.
73. Coulter A, Entwistle VA, Eccles A, et coll. Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;3:CD010523.
74. Carleton K, Patel U, Stein D, et coll. Enhancing the scalability of the collaborative care model for depression using mobile technology. *Transl Behav Med.* 2020;10(3):573-579.
75. Comité directeur des Compétences fondamentales en santé mentale. *Compétences fondamentales en santé mentale pour les médecins.* Ottawa (ON): Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; 2014 [cité 2021 sept 19]. À l'adresse : <https://www.royalcollege.ca/rcsite/documents/health-policy/mhcc-june-2014-f.pdf>.
76. Sunderji N, Waddell A, Gupta M, et coll. An expert consensus on core competencies in integrated care for psychiatrists. *Gen Hosp Psychiatry.* 2016;41:45-52.
77. Sunderji N, Ion A, Huynh D, et coll. Advancing integrated care through psychiatric workforce development: a systematic review of educational interventions to train psychiatrists in integrated care. *Can J Psychiatry.* 2018;63(8):513-525.
78. Kates N. Shared/collaborative mental health care. Dans : Leverette JS, Hnatko G, Persad E, dirs. *Approaches to postgraduate education in psychiatry in Canada: what educators and residents need to know.* Ottawa (ON): Canadian Psychiatric Association; 2009:183-197. À l'adresse : <https://www.cpa-apc.org/wp-content/uploads/approaches-to-pge-full.pdf>
79. Sunderji N, Jokic R. Integrated care training in Canada: challenges and future directions. *Acad Psychiatry.* 2015;39(6):740-741.
80. Shen N, Sockalingam S, Charow R, et coll. Education programs for medical psychiatry collaborative care: a scoping review. *Gen Hosp Psychiatry.* 2018;55:51-59.
81. Kessler RS, Auxier A, Hitt JR, et coll. Development and validation of a measure of primary care behavioral health integration. *Fam Syst Health.* 2016;34(4):342-356.
82. Sunderji N, Ghavam-Rassoul A, Ion A, et coll. Driving improvements in the implementation of collaborative mental health care: a quality framework to guide measurement, improvement and research. *Research Gate [Internet].* 2016. [cité 2021 sep 19]; À l'adresse : <https://bit.ly/3z4R6po>.
83. Ling T, Brereton L, Conklin A, et coll. Barriers and facilitators to integrating care: experiences from the English integrated care pilots. *Int J Integr Care.* 2012;12:e129.
84. Durbin A, Durbin J, Hensel JM, et coll. Barriers and enablers to integrating mental health into primary care: a policy analysis. *J Behav Health Serv Res.* 2016;43(1):127-139.