



Les soins de santé mentale partagés au Canada

**Nick Kates, FRCPC, Marilyn Craven, CCMF, Joan Bishop, FRCPC, Theresa Clinton, CCMF,
Danny Kraftcheck, CCMF, Ken LeClair, FRCPC, John Leverette, FRCPC,
Lynn Nash, CCMF, Ty Turner, FRCPC**

Cet énoncé de principes a été révisé et retiré de la liste des documents officiels de l'Association des psychiatres du Canada, le 17 septembre 2010. Il n'est offert qu'à des fins de référence historique. À l'origine le document a été développé par le groupe de travail conjoint de l'Association des psychiatres du Canada et le Collège des médecins de famille du Canada et approuvé par l'APC le 4 octobre 1996.

RÉSUMÉ

Le médecin de famille joue déjà un rôle primordial à titre de pourvoyeur de soins de santé mentale dans la plupart des collectivités du pays. En principe, le médecin de famille et le psychiatre sont des alliés naturels dans un système de soins de santé mentale. Bien qu'aucun ne puisse répondre à tous les besoins d'un patient souffrant de troubles mentaux, l'un et l'autre peuvent offrir des services complémentaires leur permettant de jouer un rôle clé à différentes étapes d'une maladie ainsi qu'à la période subséquente de rétablissement. Il arrive cependant trop souvent que médecin de famille et psychiatre n'arrivent pas à établir la collaboration apte à renforcer le rôle du médecin de famille, à enrichir le rôle de consultant du psychiatre et à améliorer la qualité des soins dispensés au patient.

La nécessité de raffermir ces liens, étape clé d'une intégration plus propice et plus efficace du système de soins de santé, se fait encore plus pressante dans le climat actuel de réorganisation accélérée des soins de santé dans les provinces. La plupart des provinces s'affairent actuellement à réformer les systèmes de soins de santé mentale et de soins primaires, souvent avec un minimum de coordination des efforts. En outre, dans nombre de collectivités au pays, on assiste à un remaniement important et rapide des services, où l'accent porte sur le transfert des ressources depuis l'hôpital vers les ressources communautaires.

Ces modifications accentueront vraisemblablement le rôle des soins primaires comme pierre angulaire du système de soins de santé, et seront accompagnées de changements majeurs en ce qui concerne la prestation des

soins secondaires et tertiaires. Cette réorientation devra s'appuyer sur des partenariats et des modèles de prise en charge entre les médecins de famille et les spécialistes, y compris les psychiatres.

Devant la nécessité de répondre à ces enjeux, le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et l'Association des psychiatres du Canada (APC) ont mis sur pied un groupe de travail en vue de rédiger un rapport qui soulignera les avantages d'une collaboration accrue entre les médecins de famille et les psychiatres, dont profiteront les patients et les pourvoyeurs de soins également, et qui présentera un éventail des comportements, pratiques et politiques des intervenants aptes à stimuler la collaboration en matière de soins de santé mentale.

Un tel rapport vise à encourager la pratique de soins de santé mentale partagés en médecine clinique et à présenter des façons d'améliorer les activités qu'exercent présentement les médecins de famille et les psychiatres. Il met aussi l'accent sur la nécessité d'une formation appropriée des psychiatres et des médecins de famille, leur permettant de travailler efficacement dans un cadre de soins de santé partagés. Tout en suggérant des modèles de soins partagés entre les psychiatres et les médecins de famille, le présent rapport ne tente pas de définir le rôle d'autres intervenants qui participent à l'heure actuelle à la prestation de soins de santé mentale.

Le comité n'ignore pas les inégalités en ce qui a trait à la disponibilité des ressources et à l'organisation des services au pays. Il s'est renseigné auprès de psychiatres et de médecins de famille, d'associations professionnelles

et de départements de médecine familiale et de psychiatrie dans tout le pays, et s'est inspiré de certains documents de planification d'organismes provinciaux et nationaux.

En rédigeant ce rapport, nous avons énoncé les grands principes qui devraient guider les efforts de collaboration des médecins de famille et des psychiatres, au lieu de ne présenter qu'un seul modèle. Nous avons ensuite suggéré trois stratégies globales, soit un meilleur dialogue, l'établissement de nouveaux liens entre les médecins de famille et les psychiatres, et l'intégration des psychiatres et des services psychiatriques à la prestation des soins primaires. Ces mesures peuvent mener à la mise en oeuvre fructueuse des principes énoncés et favoriser une meilleure complémentarité des soins.

Ces stratégies peuvent être adaptées à toutes les collectivités, surtout si elles sont éloignées et mal desservies. Nombre de suggestions présentées, notamment en ce qui concerne une meilleure communication, ne nécessitent que des rectifications mineures de la part des praticiens, mais peuvent se traduire par une amélioration marquée des relations de travail. Les soins de santé mentale partagés ne désignent pas un nouveau mode de pratique, mais plutôt une composante des soins apte à devenir un prolongement utile de la médecine clinique actuelle des psychiatres et médecins de famille, qui ne manquera pas d'élargir et d'enrichir les soins que chaque une des deux disciplines.

Le présent rapport ne s'adresse toutefois pas exclusivement aux praticiens de première ligne. En effet, la réussite de la mise en oeuvre de modèles de soins de santé mentale partagés reposera également sur la modification d'autres éléments du système de soins de santé, et sur le concours actif des associations professionnelles de médecins de famille et de psychiatres, des départements universitaires de médecine familiale et de psychiatrie ainsi que des organismes chargés de la planification des services de santé et de l'élaboration de politiques à l'échelle locale, provinciale et nationale. En outre, les décideurs et les planificateurs devront trouver des façons d'intégrer les réformes simultanées qui ont présentement lieu partout au pays au niveau des soins primaires et de santé mentale, et aborder la question des répercussions des politiques et de la planification des soins de santé mentale partagés.

Un certain nombre de projets concertés ont déjà été mis sur pied un peu partout au Canada, et nul doute que d'autres suivront. Il importe d'évaluer ceux-ci, afin de dégager les avantages et les inconvénients éventuels des soins de santé mentale partagés, et d'appliquer les résultats à l'amélioration des projets futurs.

La mission du comité conjoint CMFC / APC était de recueillir un consensus sur six questions auprès des psychiatres et des médecins de famille. Par conséquent, le présent rapport n'aborde pas les enjeux semblables propres à d'autres groupes de professionnels. Un grand nombre de professionnels de maintes disciplines jouent un rôle primordial dans la prestation des soins de santé mentale,

tant au niveau des soins primaires que des services de santé mentale. Les principes et les pratiques énoncés dans ce rapport peuvent cependant s'appliquer à l'interaction entre tous les pourvoyeurs de soins primaires et le personnel des services de santé mentale. Il est souhaitable que ces groupes poursuivent le dialogue sur les possibilités et les répercussions des soins de santé mentale partagés.

La mise en application des soins de santé mentale partagés ne manquera pas de renforcer la communication, la collaboration et le soutien mutuel des psychiatres et des médecins de famille, et procurera à la population canadienne un meilleur accès aux services de consultation et de soins psychiatriques. Elle accroîtra aussi l'efficacité des ressources disponibles, de sorte que le système de soins de santé sera moins fragmenté et mieux intégré.

HISTORIQUE

Les médecins de famille sont très bien placés pour dispenser des soins de santé mentale à leurs patients (1). En effet, 83% de la population consulte son médecin de famille chaque année (2), et ce dernier est souvent la première personne-ressource de l'individu qui souffre d'un trouble mental (3). Plus de 50% de la population qui souffre de troubles mentaux et qui reçoit des soins de santé mentale obtient ces soins de son médecin de famille, sans le concours d'un autre fournisseur de soins (4). Mais pour offrir les meilleurs soins de santé mentale, le médecin de famille doit profiter du soutien des psychiatres et des services psychiatriques, et travailler étroitement avec ces derniers (5-11).

On peut décrire quatre modèles de dispensation des services pour les patients souffrant de troubles mentaux qui consultent leur médecin de famille : les soins dispensés exclusivement par le médecin de famille, les soins continus dispensés par le médecin de famille, appuyé par les conseils ou les services d'un psychiatre ou d'un autre pourvoyeur de soins de santé mentale, l'orientation du patient vers un psychiatre ou des services psychiatriques aux fins de consultation, et l'orientation du patient vers un psychiatre ou des services psychiatriques pour une prise en charge. Dans chaque situation, une relation de travail dynamique avec le psychiatre ou les services de santé mentale peut aider le médecin de famille à dépister et à soigner un trouble mental, et améliorer la qualité des soins que reçoit le patient

Il arrive trop souvent que le médecin de famille et le psychiatre n'arrivent pas à créer une dynamique apte à consolider le rôle du premier, à enrichir le rôle de consultant du second, et à améliorer la qualité des soins dispensés au patient (11-12). Cela est déplorable, étant donné que l'un et l'autre peuvent devenir des alliés naturels au sein du système de soins de santé mentale et offrir des services complémentaires. Il se peut que ni l'un ni l'autre ne soit en mesure de répondre à tous les besoins d'un patient souffrant

frant de trouble mental, mais que chacun puisse jouer un rôle primordial à différentes étapes de la maladie et durant la période de rétablissement qui suit.

Les soins dispensés conjointement par le médecin de famille et le psychiatre sont une étape cruciale de l'amélioration de la qualité des soins de santé mentale que reçoit la population canadienne. Cela bonifie les soins que procurent l'un et l'autre, favorise l'approche biopsychosociale d'un vaste éventail de troubles mentaux, accroît le bien-être des individus et des collectivités, en plus d'encourager une meilleure utilisation des ressources limitées et d'ajouter aux compétences et à la satisfaction des deux intervenants.

1.1 Objet du présent document

Reconnaissant l'importance des soins coopératifs, le CMFC et l'APC ont mis sur pied un groupe de travail dont la mission consistait à rédiger un rapport qui :

1. soulignerait les avantages de la collaboration accrue entre les médecins de famille et les psychiatres de même que les effets salutaires de celle-ci sur les patients et pourvoyeurs de soins également ;
2. présenterait un éventail de comportements, de pratiques et de politiques professionnels aptes à favoriser les soins de santé mentale coopératifs ;
3. favoriserait la prestation de soins de santé mentale partagés en médecine clinique ;
4. soulignerait le besoin d'une formation adéquate des psychiatres et des médecins de famille, en vue de travailler efficacement dans un cadre de soins partagés ;
5. encouragerait les décideurs et les planificateurs à trouver des façons d'intégrer les réformes simultanées en matière de soins primaires et de santé mentale qui sont présentement mises en oeuvre partout au pays, ainsi qu'à aborder les répercussions sur les politiques et la planification des soins de santé mentale partagés.

On s'attend à ce que la mise en application des recommandations que renferme le présent document mène au renforcement des liens entre les psychiatres et les médecins de famille, tant sur le plan de la médecine clinique que de la formation, ce qui ne manquera pas de profiter aux pourvoyeurs de soins, aux patients et au système de santé dans son ensemble. Les avantages éventuels sont les suivants :

En ce qui concerne le patient

- l'amélioration de la qualité des soins de santé mentale dispensés ;
- un meilleur accès à la consultation psychiatrique, si besoin est ;
- un meilleur accès aux services psychiatriques, si besoin est.

En ce qui concerne les pourvoyeurs de soins

- la compétence et l'assurance accrues du médecin de famille dans le soin des troubles mentaux ;
- une plus grande efficacité du psychiatre en tant que consultant et soutien du médecin de famille ;
- un meilleur soutien mutuel en ce qui a trait au traitement des troubles mentaux complexes.

En ce qui concerne le système de santé

- une meilleure utilisation des ressources disponibles ;
- des modèles aptes à améliorer les soins de santé mentale dispensés aux individus des collectivités éloignées ;
- l'élimination de certains obstacles qui gênent l'intégration des mesures de la réforme des soins primaires et de santé mentale ;
- les possibilités de projets conjoints destinés au dépistage précoce et à la prévention des troubles mentaux.

La mission du comité CMFC / APC consistait à dégager un consensus sur ces enjeux parmi les psychiatres et médecins de famille. C'est pourquoi le présent document n'aborde pas les questions qui intéressent d'autres groupes professionnels. Un grand nombre d'autres professionnels de maintes disciplines jouent un rôle clé dans la prestation de soins de santé mentale, tant au niveau des soins primaires que des services de santé mentale. Les principes et pratiques énoncés dans ce rapport peuvent cependant s'appliquer à l'interaction entre tous les pourvoyeurs de soins primaires et le personnel des services de santé mentale. Il est souhaitable que ces groupes poursuivent le dialogue sur les possibilités et les répercussions des soins de santé mentale partagés.

LA SITUATION ACTUELLE

2.1 La santé mentale et les soins primaires

i. Le fardeau de la maladie

Environ le tiers des patients qui consultent le médecin de famille souffrent de troubles mentaux discernables (13–15), et 25% des patients qui consultent leur médecin de famille présentent un trouble mental diagnostiquable (16–18). Ces chiffres seraient plus élevés pour les adolescents (3) et les personnes âgées (19). Le médecin de famille est le premier et souvent le seul contact avec un pourvoyeur de soins de santé mentale des personnes qui présentent des troubles mentaux ou psychiatriques (4). Ces problèmes sont souvent permanents, voire graves et invalidants (20). Selon une étude américaine, la dépression serait aussi incapacitante au niveau des coûts pour l'individu et pour la collectivité que huit des affections les plus courantes comme la maladie cardiovasculaire et la polyarthrite rhumatoïde (21).

ii. La comorbidité

Nombre de patients traités pour une maladie physique dans le cadre des soins primaires présentent des symptômes émotionnels, qui font partie de l'état pathologique ou sont en réaction à celui-ci. Le traitement efficace de ces symptômes peut réduire la morbidité et limiter le recours à d'autres services de santé (22–25). Le médecin de famille est également bien placé pour soigner les problèmes de santé physique des personnes souffrant de troubles psychiatriques, lesquels présentent un risque plus élevé de ne pas être traités, pour reconnaître la comorbidité de la dépendance aux drogues ou à l'alcool, et pour rapidement amorcer un traitement ou orienter le patient.

2.2 Le rôle du médecin de famille

Quatre-vingt dix-sept pour cent des Canadiens ont un médecin de famille, et 83% le consultent au cours d'une année (2). Une étude récente menée auprès des médecins de famille des régions de planification des services de santé de l'Ontario (12) révèle que les médecins de famille consacrent une grande partie de leur temps au diagnostic et au traitement de personnes qui souffrent de troubles émotionnels ou psychiatriques. En outre, dans beaucoup de régions du pays, les médecins de famille soignent également des individus souffrant de troubles mentaux au moment de l'hospitalisation de ces derniers. Les médecins de famille de l'étude ontarienne ont souligné la gamme étendue de troubles mentaux qu'ils rencontrent, la prévalence élevée de ces troubles, le chevauchement fréquent de symptômes physiques et émotionnels, de même que le rôle du médecin de famille en tant que dispensateur primordial de soins de santé mentale. Ils ont aussi indiqué que ces troubles étaient très variés, souvent graves, et qu'ils affectaient les personnes de tout âge. Ils ont réitéré le besoin et l'importance d'une approche biopsychosociale intégrée de tous les aspects des soins d'un patient.

Le médecin de famille jouit d'un certain nombre d'avantages à titre de fournisseur de soins de santé mentale : il entretient un rapport à long terme avec le patient—48% des Canadiens ont le même médecin de famille depuis au moins dix ans (2)—, connaît la famille ainsi que le milieu physique et social du patient, comprend la nature des problèmes médicaux généraux concomitants et connaît les ressources communautaires offertes, y compris d'autres fournisseurs qui soignent son patient (pour exemple, d'autres médecins spécialistes ou des agences communautaires de soins infirmiers). Ces avantages placent le médecin de famille dans une situation avantageuse, car il peut :

- dépister et soigner les troubles mentaux à un stade précoce ;
- empêcher une rechute après un traitement fructueux ;
- aider les individus et leur famille à entretenir une bonne santé mentale ;

- coordonner les services de santé et de santé mentale requis par le patient ;
- dépister et soigner les affections d'individus souffrant de troubles mentaux, et mettre l'accent sur des modes de vie sains ;
- procurer soutien et information aux familles d'individus souffrant de troubles mentaux ou de maux graves.

2.3 Le rôle du psychiatre

On demande de plus en plus aux psychiatres d'agir à titre de consultants et de membres d'équipes multidisciplinaires, en vue d'effectuer des évaluations et formulations biopsychosociales complètes, de jouer un rôle actif dans l'élaboration de plans de traitement, notamment en ce qui a trait à l'usage de psychotropes, de dispenser des soins continus et, le cas échéant, de réadaptation, de participer, avec les médecins de famille et autres spécialistes, au traitement d'individus qui présentent des troubles comorbides, et de diriger les patients vers des services psychiatriques spécialisés (9,10,26). Ces nouveaux rôles devront s'appuyer sur une intégration accrue au sein de la collectivité médicale et sur un perfectionnement des aptitudes diagnostiques et thérapeutiques. Une autre activité importante du psychiatre consiste à fournir indirectement (sans voir le patient) des services de consultation à d'autres pourvoyeurs de soins de santé mentale axés sur le patient, le personnel médical ou le programme (26).

Les nouvelles modalités d'exercer le rôle de consultant pour d'autres spécialités médicales posent un autre défi aux psychiatres. Les séjours abrégés dans les unités de médecine et de chirurgie des hôpitaux généraux accroissent la demande de consultation ambulatoire plutôt qu'en établissement, de sorte que le psychiatre est amené à être consultant pour le médecin de famille autant sinon plus que pour les autres spécialistes. L'importance dorénavant accordée à la consultation et à la collaboration avec d'autres spécialistes souligne aussi le rôle éventuel du psychiatre en tant qu'éducateur (10,26).

Bien que ces activités doivent compléter et soutenir les services qu'offrent les médecins de famille en matière de soins de santé mentale, la plupart des psychiatres ont peu de rapports avec ceux-ci, et peu travaillent directement avec eux.

2.4 La réforme du système de soins de santé

i. La réforme des soins de santé mentale

Au cours des cinq dernières années, la plupart des provinces canadienne ont entrepris la réforme de leurs systèmes de soins de santé mentale. Les programmes ont un certain nombre d'éléments communs, y compris l'utilisation plus efficace des ressources, une meilleure coordination des services et un virage vers des soins axés sur la

communauté. La plupart des documents concernant cette réforme passent outre au rôle du médecin de famille en tant que fournisseur clé de soins de santé mentale et ne font qu'effleurer le rôle du psychiatre dans le système réformé. Ces omissions sont graves et risquent de coûter cher. Sans une compréhension claire des rôles du psychiatre et du médecin de famille, la réforme des systèmes de soins de santé mentale risque de produire un système désorganisé, des soins fragmentés et des services peu efficaces.

ii. La réforme des soins primaires

Les provinces s'affairent aussi à la réforme des soins primaires, processus présenté dans la déclaration conjointe des ministres provinciaux et territoriaux de la Santé (27), où l'on tient les soins primaires pour la pierre angulaire du système de soins de santé, ce qui correspond au concept entériné par l'Organisation mondiale de la Santé (8).

Cette nouvelle importance accordée aux soins primaires souligne le besoin pressant de créer de nouveaux modèles de collaboration entre les médecins de famille et les spécialistes, comme le souligne un document conjoint sur les soins de consultation rédigé par le CMFC et le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada (CRMCC) (28). Elle ouvre aussi de nombreuses avenues nouvelles pour une meilleure intégration des services spécialisés (y compris les services psychiatriques) aux cadres de soins primaires (29).

Il importe d'aborder la question du manque de coordination entre la réforme des soins primaires et celle des soins de santé mentale, où l'on met en valeur le rôle du médecin de famille à titre de pourvoyeur primordial de soins de santé dans un cas (la réforme des soins primaires), que l'on néglige par ailleurs dans l'autre (la réforme des soins de santé mentale). La cohérence, l'efficacité et la rentabilité du système de soins de santé reposent sur un processus de planification davantage axé sur la collaboration.

iii. La réforme des soins prolongés

Les patients qui nécessitent des soins prolongés (nombre d'entre eux sont des personnes âgées) ont souvent des besoins médicaux et psychiatriques complexes. Bien que de nombreux processus de planification des soins prolongés fassent abstraction du besoin de traitement physique et médical, le soin d'une personne âgée souffrant de troubles comorbides physiques et psychiatriques est l'exemple parfait d'une situation où s'impose l'intervention concertée du psychiatre et du médecin de famille.

2.5 Le remaniement des services et les restrictions budgétaires

Le financement réduit des services hospitaliers et le virage ambulatoire ont un effet sur les médecins de famille et les psychiatres. Nombre d'actes et de soins jadis dispensés dans les hôpitaux ou les cliniques sont dorénavant « refilés » aux médecins de famille, à qui l'on

demande d'assumer des responsabilités additionnelles quant au soin des patients, mais à qui l'on offre peu de ressources ou de soutien nouveaux. En raison de l'accès réduit aux soins psychiatriques comportant hospitalisation et des pressions exercées afin d'écourter les séjours en établissement, les cliniques psychiatriques et les médecins de famille doivent traiter des individus souffrant de problèmes graves et dont l'état mental est instable.

On peut soutenir le rôle élargi du médecin de famille en ce qui a trait à la prestation de soins de santé en facilitant l'accès rapide à des services spécialisés, aptes à compléter et à renforcer ceux que dispense celui-ci. À l'ère des restrictions budgétaires, la collaboration peut produire de meilleurs résultats et améliorer la qualité de vie des consommateurs, favoriser l'utilisation rationnelle des ressources et accroître la satisfaction des pourvoyeurs de soins.

2.6 Les secteurs mal desservis

La plupart des provinces ont cerné des secteurs qui ne reçoivent pas des soins de santé mentale adéquats. Ceux-ci incluent des zones géographiques comme des collectivités éloignées ainsi que des populations cibles comme les personnes âgées et certains groupes culturels.

i. Les collectivités

La plupart des provinces ont de la difficulté à fournir des soins de santé aux personnes qui vivent dans des régions éloignées. Le recrutement de spécialistes disposés à y travailler demeure un élément important de toute solution globale, de même que le besoin d'élaborer de nouveaux modèles de soins axés sur l'utilisation rationnelle des ressources psychiatriques, lesquels peuvent offrir des services de consultation directe et indirecte, d'enseignement, de perfectionnement et de soins continus.

ii. Les populations

Tandis que nombre de groupes sous-utilisent les services de soins de santé mentale potentiellement bénéfiques, beaucoup d'entre eux reçoivent des soins généraux de la part de leur médecin de famille. Bien que les médecins de famille soient bien placés pour procurer des soins de santé mentale à ces populations et pour les orienter vers d'autres services psychiatriques et communautaires, ils éprouvent souvent de la difficulté à obtenir un soutien, une consultation ou les conseils d'un psychiatre. Par conséquent, nombre d'individus ne reçoivent pas les services adéquats.

2.7 Les soins de santé mentale dans le cadre des soins primaires

Le système de soins de santé encourage les individus à consulter d'abord leur médecin de famille (3), situation qui sera amplifiée si jamais l'approche par listes de services est appliquée à grande échelle (27). La majorité

des Canadiennes et des Canadiens entretiennent déjà un lien durable avec un seul médecin de famille, bien qu'ils ne songent pas toujours à consulter ce dernier pour des soins de santé mentale. Selon plusieurs études, y compris une étude récente des familles menée à Edmonton, seulement 50% des individus souffrant de dépression en parleraient à leur médecin de famille, et moins de 10% des patients toxicomanes aborderaient la question, à moins qu'on le leur demande expressément (30). Il est clair qu'il faut élaborer des méthodes d'information du public innovatrices pour inciter les patients à porter ces questions à l'attention de leur médecin de famille (31,32), et développer des compétences cliniques à cette fin.

LES PROBLÈMES DU RAPPORT ENTRE LE PSYCHIATRE ET LE MÉDECIN DE FAMILLE

Des études récentes sur les médecins de famille menées au Canada et ailleurs ont révélé des problèmes semblables et courants en ce qui a trait au rapport entre la psychiatrie et la médecine familiale (10,12,33,34). Certaines concernent des questions plus générales comme la cadence et la demande de soins primaires, les modes de rémunération et la mauvaise coordination des efforts de planification au sein des ministères de la santé.

On a constaté des problèmes particuliers, notamment le manque de dialogue entre le psychiatre et le médecin de famille qui soignent le même patient, la difficulté d'accès des médecins de famille aux services de consultation et de soins, ainsi que le manque de respect et de soutien mutuels des pourvoyeurs de soins de diverses disciplines, dans le cadre de la prestation de soins de santé mentale (11,12,35,36). On peut regrouper ces difficultés dans trois grandes catégories : la difficulté d'accès, le manque de communication, et le manque de contact personnel.

3.1 La difficulté d'accès

Les médecins de famille se sentent souvent frustrés face aux difficultés qu'ils éprouvent à avoir accès aux services de consultation ou de soins psychiatriques de même que par la futilité apparente des procédures d'orientation, surtout quand ils estiment que le problème est urgent. Il leur semble en effet que les services psychiatriques manquent de convivialité, que des critères d'exclusion arbitraires établissent des divisions artificielles et incohérentes entre les problèmes psychiatriques et psychosociaux, et que le cloisonnement des secteurs sanitaires entre en conflit avec l'appartenance hospitalière du médecin de famille. Selon les médecins de famille, la plupart de ces problèmes sont moins accusés lorsqu'ils traitent avec d'autres disciplines médicales et chirurgicales.

De même, les psychiatres et autres dispensateurs de soins de santé mentale doivent souvent composer avec la réticence du médecin de famille à se charger des soins

de santé mentale à long terme d'un patient, après qu'une crise s'est résorbée. Les raisons peuvent être nombreuses, comme la facilité, l'intérêt et la connaissance du médecin de famille à l'égard de tels problèmes, le manque de soutien du système de soins psychiatriques et les mesures dissuasives sur le plan financier.

3.2 Le manque de communication

Il y a plusieurs problèmes de communication souvent mentionnés par les médecins de familles et les psychiatres. Premièrement, les médecins de famille ne sont pas suffisamment informés sur le progrès d'un patient après que celui-ci a été évalué par un psychiatre ou un service psychiatrique, ni sur les changements de traitement, les consultations secondaires d'autres spécialistes ou les avis de congé. Les services psychiatriques ne considèrent pas toujours que cette information fait partie intégrante des soins qu'ils dispensent. Dans un même ordre d'idées, au moment de l'aiguillage, les psychiatres et les services psychiatriques ne reçoivent pas toujours suffisamment d'information du médecin de famille, pour prendre des décisions éclairées sur les objectifs du traitement et les soins initiaux. Troisièmement, les médecins de famille ne saisissent pas toujours la nuance entre les critères d'inclusion et d'exclusion, et sur les politiques d'admission des services psychiatriques. Quatrièmement, les attentes et les objectifs ne sont pas toujours communiqués et clarifiés au moment de l'aiguillage, ce qui peut créer de la confusion sur les responsabilités de chaque pourvoyeur de soins relativement aux soins à dispenser au patient. Cinquièmement, les psychiatres et les services psychiatriques tardent souvent à fournir l'évaluation et les avis de congé au médecin de famille traitant. Sixièmement, les médecins de famille et les psychiatres ne sont pas faciles à joindre au téléphone, particulièrement pour les pourvoyeurs de soins de santé qui ne sont pas médecins.

Étant donné que nombre de services psychiatriques se composent d'équipes, où les psychiatres et autres fournisseurs de soins travaillent de concert, le médecin de famille doit souvent consulter trois ou quatre personnes qui s'occupent d'un patient, ce qui peut fragmenter la communication. En plus, le médecin de famille ne comprend pas toujours les responsabilités que définissent les lois régissant la santé mentale, et les limites que celles-ci imposent, ce qui peut être une grande source de frustration. Finalement, dans certains cas, la question de la confidentialité peut gêner l'échange d'information entre les pourvoyeurs de soins.

3.3 Le manque de contact personnel

Il arrive fréquemment que le médecin de famille ne rencontre jamais le psychiatre à qui il adresse des patients, et qu'il n'entre pas régulièrement en contact avec lui dans le cadre d'activités hospitalières ou autres. Ce manque

de contact personnel gêne l'échange d'information sur des cas où les deux sont concernés, et ne permet pas la connaissance mutuelle des compétences, des forces et des intérêts de chacun. Au pire, les liens entre la psychiatrie et la médecine familiale se caractérisent par la méconnaissance et les stéréotypes, et par le manque de respect au regard du rôle que l'autre discipline peut jouer et joue effectivement en matière de soins de santé mentale.

LES SOINS DE SANTÉ MENTALE PARTAGÉS

Ces constatations soulignent le besoin d'une réévaluation importante du rapport entre les médecins de famille et les psychiatres. Il faut d'autres modèles de collaboration, plus collégiaux et interactifs, où les responsabilités et les rôles de chacun sont clairement définis afin de favoriser une approche globale et intégrée des problèmes de santé physique et mentale, et de garantir une meilleure continuité des soins. Cela se peut si le psychiatre et le médecin de famille collaborent étroitement à la prestation des soins de santé mentale (37-49).

Les soins partagés sont un processus de collaboration entre le médecin de famille et le psychiatre, où les responsabilités sont réparties suivant les besoins de traitement du patient à différentes étapes d'un problème de santé mentale, et les compétences respectives de chacun. Plutôt que d'être considérés comme un mode distinct de médecine, les soins partagés peuvent devenir un prolongement utile de la pratique clinique des psychiatres et des médecins de famille, de même qu'un élément constitutif du traitement de toute personne souffrant d'un trouble mental, dès qu'un médecin de famille requiert le soutien additionnel d'un psychiatre ou d'un service psychiatrique.

Les soins partagés désignent un vaste éventail de possibilités de traitement coopératif, et aucun modèle universel ne s'appliquera à chaque collectivité, à chaque situation. Ils se fondent, à tout le moins, sur un dialogue franc entre le médecin de famille et le psychiatre ou le service psychiatrique, et peuvent aller jusqu'à la consultation et le traitement d'un patient par le psychiatre et par d'autres professionnels de la santé mentale au cabinet du médecin de famille, et à l'élaboration de plans de prise en charge conjointement avec ce dernier. Les fonctions prêtant bien à cette approche incluent le dépistage précoce et le début du traitement, la surveillance continue, l'intervention en situation de crise, la prévention des rechutes et l'information sur la santé mentale. Les soins partagés devraient se traduire par des résultats améliorés et une meilleure qualité de vie du patient; une meilleure utilisation des ressources; l'utilisation optimale du temps et des compétences des médecins de famille, psychiatres et autres pourvoyeurs de soins; un meilleur accès des médecins de famille à des services de consultation et de soutien psychiatriques opportuns et adéquats; et un meilleur moral et moins de frustration chez les fournisseurs de soins.

4.1 Les principes des soins de santé mentale partagés

Les soins de santé mentale partagés doivent reposer sur un ensemble de principes cohérents, notamment :

- les médecins de famille et les psychiatres font partie d'un seul système de prestation de soins de santé mentale ;
- le médecin de famille entretient un rapport à long terme avec le patient, que le psychiatre doit chercher à soutenir et à renforcer ;
- on ne peut s'attendre à ce qu'un pourvoyeur de soins de santé ait la compétence et le temps requis pour dispenser la totalité des soins d'un patient ;
- les liens doivent s'appuyer sur la confiance et le respect mutuels ;
- il faut définir et coordonner les activités et les rôles des différents fournisseurs de soins, qui doivent satisfaire les besoins variés des patients, de leurs familles et d'autres soignants, et être dispensés selon les ressources disponibles ;
- le patient doit être un participant actif du processus, informé que le médecin de famille et le psychiatre continueront de prendre part aux soins qui lui sont dispensés, et savoir avec qui communiquer en cas de difficulté ;
- les modèles de soins partagés doivent tenir compte du contexte dans lequel ils sont dispensés, et prendre en considération les variables tels que le cadre socioéconomique et démographique où le patient évolue; les compétences en santé mentale, l'intérêt et les aptitudes du médecin de famille; la capacité de consultation, l'intérêt et les aptitudes du psychiatre; le niveau de soutien qu'offrent les services locaux de santé mentale, et leur disposition à prendre en charge des patients ayant besoin de soins psychiatriques additionnels ou intensifs; la disponibilité d'un soutien psychiatrique spécialisé; et la disponibilité des ressources locales non médicales en matière de santé mentale.

4.2 Les stratégies de mise en oeuvre des soins de santé mentale partagés

La mise en oeuvre fructueuse des soins de santé mentale partagés peut profiter aux médecins de famille, aux psychiatres, aux patients et au système de soins de santé tout entier (50,51). On peut recourir à trois stratégies distinctes, quoique connexes, en vue de soutenir et d'améliorer les soins de santé mentale partagés. Les stratégies varieront selon les besoins, la disponibilité des ressources et d'autres facteurs organisationnels. Nombre d'idées énumérées ci-après ont été mises en oeuvre avec succès, bien que de façon limitée, par divers praticiens, services et départements universitaires un peu partout au pays. Ces stratégies visent à 1) améliorer le dialogue entre le psychiatre ou le service psychiatrique et les médecins

de famille du milieu, 2) établir un lien fonctionnel entre les psychiatres ou les services psychiatriques et un ou plusieurs médecins de famille du milieu, 3) amener les psychiatres et les autres pourvoyeurs de soins de santé mentale dans le cabinet du médecin de famille,

Première stratégie : améliorer le dialogue

Dans l'ensemble, ces approches exigent un minimum de temps ou de ressources additionnelles, et conviennent à la plupart des cadres cliniques ou collectifs. Une meilleure communication est au cœur de la prestation efficace de soins partagés.

1. Pour chaque personne adressée à un psychiatre ou service psychiatrique, il faut définir avec précision les responsabilités et les rôles respectifs du médecin de famille et du psychiatre ou pourvoyeur de soins de santé mentale, y compris la prescription de médicaments. Le patient doit en être informé.
2. Les médecins de famille et les psychiatres peuvent apprendre à se connaître à la faveur de visites cliniques ou éducatives partagées, ou de rencontres privées afin de parler de cas difficiles.
3. Les psychiatres ou les services psychiatriques peuvent améliorer le transfert d'information en communiquant avec le médecin de famille chaque fois qu'un patient est adressé à un service de santé mentale, qu'un important changement de traitement a lieu, ou qu'un patient est sur le point d'être confié au médecin de famille.
4. Les psychiatres et les médecins de famille peuvent travailler de concert pour déterminer l'information dont le psychiatre ou le service psychiatrique a besoin au moment de l'aiguillage et dont le médecin de famille a besoin dans l'avis de congé ou de consultation.
5. Il faut faire participer le médecin de famille dès le début à la planification de la sortie du patient.
6. Les psychiatres ou les services psychiatriques peuvent rédiger un bref sommaire (une page) de la planification des soins et de la sortie à l'intention du médecin de famille, au moment du congé.
7. Les psychiatres ou les services psychiatriques peuvent rédiger de brefs sommaires d'une page à l'intention du médecin de famille, en ce qui concerne le traitement de problèmes particuliers ou les médicaments qui accompagneront les avis de congé.
8. Étant donné que le médecin de famille continue de procurer des soins de santé après l'orientation vers le psychiatre ou le service psychiatrique, le psychiatre doit informer celui-ci rapidement de tout traitement pharmacologique. De même, le médecin de famille doit informer le psychiatre ou le service psychiatrique de toute pharmacothérapie qui risque d'influer sur

l'état mentale ou d'interagir avec les psychotropes. À cette fin, le patient peut apporter une carte de soins à chacun de ses rendez-vous, où figure tout changement de médicaments ou de soins.

9. Le médecin de famille et le psychiatre doivent s'échanger leurs numéros de téléphone et de télécopieur personnels, pour faciliter la communication.
10. Le médecin de famille doit accepter les appels téléphoniques du personnel non médical à l'emploi du service psychiatrique qui soigne un patient. Par contre, les fournisseurs de soins non médicaux doivent respecter le désir du médecin de famille de parler de médication directement avec le psychiatre.
11. Les psychiatres ou les services psychiatriques peuvent fournir au médecin de famille de l'information à jour sur les services de santé mentale offerts au sein de la collectivité.
12. Les services psychiatriques doivent consulter le médecin de famille au moment de la planification ou de l'évaluation des services de santé mentale. Cela peut inclure l'évaluation continue de besoins de service non comblés aux yeux du médecin de famille.
13. Les services psychiatriques et les médecins de famille doivent effectuer les modifications administratives nécessaires au maintien d'un meilleur dialogue.

Deuxième stratégie : établir un lien fonctionnel entre le médecin de famille et le psychiatre

Ces approches reposent sur des contacts personnels entre les psychiatres et les médecins de famille, en vue d'établir des liens ou des activités aptes à améliorer la communication et la collaboration, et à offrir un soutien mutuel. Elles peuvent comporter un volet éducatif important.

1. Un psychiatre est jumelé avec un ou plusieurs médecins de famille, et répond aux appels téléphoniques de ceux-ci qui cherchent à obtenir conseils et soutien au sujet de leurs patients. On peut établir ces jumelages avec des omnipraticiens ou des médecins qui dispensent des soins en pratique général ou à un grand nombre de patients dans la même situation comme les personnes vivant avec le VIH/sida, les membres de minorités culturelles ou les résidents de refuges locaux.
2. Des réunions ont lieu régulièrement pour discuter de cas. Elles offrent au médecin de famille l'occasion de rencontrer le psychiatre seul ou en groupe, afin de discuter de cas complexes et de recueillir commentaires, conseils et soutien. Elles peuvent aussi permettre au psychiatre de distribuer et d'examiner de l'information éducative pertinente.
3. L'élaboration d'un modèle semblable à celui des soins obstétricaux partagés utilisé dans certaines régions, où l'on peut évaluer le niveau de risque ou de

complexité pour chaque patient, à la lumière des principes directeurs liés aux responsabilités et aux rôles du psychiatre ou du service psychiatrique et à ceux du médecin de famille.

4. L'élaboration de protocoles de réévaluation rapide de patients qui ont déjà été soignés par un psychiatre ou par un service psychiatrique. Si le médecin de famille dispense des soins à un patient ayant obtenu un congé d'un service psychiatrique, ce psychiatre ou ce service doit fournir une réévaluation rapide quand le médecin de famille en fait la demande.
5. Le psychiatre ou le service psychiatrique présente aux médecins de famille locaux du matériel informatif comme des outils de dépistage, des articles ou protocoles de soins utiles à leur pratique. Ce service peut être suivi d'un appel afin de répondre aux questions éventuelles du médecin concernant l'information fournie.
6. Dans les hôpitaux où le médecin de famille prend en charge ses propres patients au moment de l'hospitalisation, le psychiatre peut offrir soutien, conseils, ou une consultation.
7. L'organisation de visites périodiques conjointes au chevet des malades sur des sujets d'intérêt commun.
8. Le médecin de famille peut tenir des registres de patients qui risquent de développer des problèmes psychiatriques spécifiques comme les individus souffrant de psychose, les personnes âgées ou isolées. Il mettra périodiquement ces listes à jour de concert avec un psychiatre, pour s'assurer que ces patients sont vus régulièrement et qu'ils reçoivent les soins appropriés.

Troisième stratégie : les psychiatres se rendent au cabinet du médecin de famille

Dans certains cas, le psychiatre aura l'occasion de travailler dans un cadre de soins primaires ou dans le cabinet d'un médecin de famille. Un élément essentiel de cette stratégie est le contact soutenu entre le psychiatre et le médecin de famille. Un certain nombre d'options se présentent au psychiatre.

1. Le psychiatre se rend au cabinet du médecin de famille à une ou plusieurs reprises pour faire le suivi d'un patient qui a récemment obtenu un congé. Cela peut comporter de revoir les plans de traitement et l'évolution, ou une rencontre avec le médecin de famille et le patient. La visite peut avoir lieu selon un horaire pré-établi, ou en cas d'urgence.
2. Le psychiatre se rend au cabinet du médecin de famille périodiquement, pour offrir la consultation ou se pencher sur des problèmes particuliers, au besoin.
3. Le psychiatre se rend au cabinet du médecin de famille régulièrement. Les visites peuvent durer

d'une heure à une journée complète, et servir à l'évaluation de nouveaux patients, au suivi de patients déjà vus, à l'examen de patients ou de problèmes que le médecin de famille traite, et à des séances de formation ciblées sur des sujets choisis par le médecin de famille. Le psychiatre et le médecin de famille travaillent conjointement, voient parfois des patients ensemble et discutent de leurs responsabilités respectives à l'égard des patients qu'ils soignent.

4. Le psychiatre fait partie d'une équipe de santé mentale qui exerce ses activités au cabinet du médecin de famille. Tandis que les activités de l'équipe peuvent ressembler aux activités du psychiatre visiteur décrites ci-dessus, le psychiatre peut jouer un certain nombre de rôles additionnels, notamment :
 - i. en offrant un service de suivi ou de consultation au médecin de famille, aux travailleurs de santé mentale (pour exemple, travailleurs sociaux, personnel infirmier) ou à tout autre professionnel de la santé (pour exemple, infirmière ou infirmier de santé communautaire) affilié au cabinet. Ces consultations peuvent s'effectuer par téléphone ou sur place;
 - ii. en se rendant au cabinet du médecin de famille régulièrement pour voir les patients avec ce dernier et avec les travailleurs de santé mentale, ou pour offrir ses services de consultation et de soutien.
5. Le psychiatre offre des services d'information au cabinet du médecin de famille. Ce genre de travail ouvre la voie à des approches nouvelles en matière de perfectionnement des médecins de famille. Cela peut s'effectuer à la faveur de séances individuelles avec le médecin de famille, ou de séances de formation regroupant des médecins de famille affiliés au cabinet, sur des sujets choisis par le médecin de famille.

4.3 Mesures additionnelles à l'appui de ces stratégies

Pour soutenir les stratégies énumérées précédemment, il faut que :

1. La participation des services psychiatriques au système de santé mentale « officiel » doit être la plus efficace possible. Cela suppose qu'on aplanira les obstacles administratifs et qu'on laissera clairement savoir que l'aiguillage est souhaité et que l'aide suivra.
2. Les médecins de famille doivent consentir à procurer des soins continus à de nombreux individus souffrant de troubles mentaux, sachant bien que l'intervention et le soutien des services de santé mentale seront disponibles, sur demande.
3. Les pourvoyeurs de soins doivent établir un dialogue.
4. Les partenaires des soins partagés doivent établir un contact personnel et être en mesure de s'aider et de se renseigner mutuellement sur le soin de patients souffrant de problèmes de santé mentale.

5. Le lieu de prestation des soins peut varier, selon les besoins du patient.
6. Il faut évaluer continuellement l'effet et les résultats des soins de santé mentale partagés, et adapter les activités en conséquence.
7. Le médecin de famille et le psychiatre doivent se rencontrer préalablement à toute collaboration afin de préciser leurs attentes et objectifs communs, et de déterminer la façon de mesurer la réussite de l'approche. Ils organiseront des séances d'évaluation périodiques.
8. Le psychiatre et le médecin de famille doivent préciser leurs responsabilités et leurs rôles respectifs dans chaque situation de soins partagés.

LES RÉPERCUSSIONS DES SOINS DE SANTÉ MENTALE PARTAGÉS

5.1 Répercussions pour les collectivités mal desservies

Dans beaucoup de collectivités éloignées au Canada, qui ne disposent pas des services permanents d'un psychiatre, le médecin de famille joue un rôle prépondérant dans la prestation de soins de santé mentale. Les soins partagés offrent une foule de possibilités destinées à renforcer et à soutenir le rôle du médecin de famille, et à utiliser des ressources limitées le plus efficacement possible. La plupart des provinces ont déjà concrétisé certaines de ces idées, mais la clé de leur mise en oeuvre fructueuse repose sur l'adhésion aux principes énumérés précédemment. Dans les collectivités mal desservies, les soins partagés comprendront éventuellement les éléments suivants.

1. Un psychiatre consultant visiteur passe une période de temps définie dans la collectivité (pour exemple, une journée toutes les 4 à 8 semaines), afin d'offrir des services de consultation et de suivi, au besoin. Au cours de ces visites, le psychiatre doit travailler étroitement avec le médecin de famille pour garantir la continuité des soins. Il peut aussi examiner un certain nombre de cas, discuter de problèmes particuliers avec le ou les médecins de famille traitants, et tenir des séances de formation à l'intention d'autre pourvoyeurs de soins de la région. Enfin, il offrira des consultations téléphoniques entre les visites.

Ce travail peut être combiné avec des séances d'examen de cas, où un groupe de médecins de famille rencontre le psychiatre visiteur pour échanger de l'information sur les progrès d'un certain nombre de cas, avec lesquels le psychiatre peut être familier par suite de visites antérieures. Le groupe pourra se réunir entre les visites du psychiatre, à titre de groupe de soutien professionnel.

2. Un psychiatre travaillant dans une zone urbaine offre un service de consultation ou de conseils télé-

phoniques aux médecins de famille des collectivités éloignées.

3. Le recours à des technologies de pointe comme la vidéoconférence, aux fins de consultation clinique et de formation.
4. Des séances ou ateliers de formation organisés par un psychiatre visiteur sur des questions pratiques de prise en charge et assortis d'un suivi (pour exemple, entretiens téléphoniques).
5. Des forums de formation continus sur Internet auxquels participent des psychiatres et des médecins de famille.
6. Des cours de perfectionnement, dans le cadre des programmes de formation, à l'intention des médecins de famille en provenance de collectivités éloignées, qui leur permettent d'acquérir des compétences additionnelles en matière de soins de santé mentale.
7. L'élaboration de trousseaux pédagogiques informatisées auto-administrées.

5.2 Pour les départements universitaires de psychiatrie et de médecine familiale

Les départements universitaires de psychiatrie et de médecine familiale doivent considérer la psychiatrie dans le cadre des soins primaires et des soins de santé mentale partagés comme un aspect primordial de toute activité clinique, et y accorder toute l'importance voulue dans leurs programmes de formation.

La formation

Nombre de problèmes du rapport entre psychiatres et médecins de famille reflètent le peu d'attention qu'accordent les programmes de formation aux modèles de pratique coopérative. Si l'on désire apporter des changements importants à la médecine clinique, il faut commencer par présenter aux résidents des programmes éducatifs appropriés, aptes à les préparer à la réalité des soins coopératifs.

En ce qui concerne les résidents en psychiatrie, les programmes de formation doivent offrir 1) l'occasion de rencontrer des médecins de famille et des résidents en médecine familiale dans diverses situations, tout au long de leur formation, alternativement en psychiatrie ambulatoire, pédopsychiatrie ou gérontopsychiatrie; 2) la compréhension du rôle du médecin de famille dans le traitement des troubles mentaux, et des difficultés auxquelles celui-ci fait face; 3) des compétences pratiques en consultation de soins primaires; 4) le travail avec des personnes rompues à la consultation de soins primaires et aux soins de santé mentale partagés; et 5) la pratique et la supervision d'activités axées sur des modèles de soins de santé mentale partagés.

La capacité d'offrir une formation adéquate en psychiatrie de soins primaires peut devenir une condition d'agrément des programmes de résidence. Le CRMCC devrait, en collaboration avec l'APC et le CMFC, élaborer des normes nationales dans ces domaines dans le cadre des programmes de résidence en psychiatrie. Une telle formation devrait être conforme au nouveau programme CanMEDS 2000 du CRMCC, lequel vise à préparer les résidents à répondre aux besoins futurs de la population canadienne en matière de soins de santé (52). Ces programmes de formation devraient souligner un certain nombre de rôles des spécialistes, notamment ceux d'expert en médecine, de communicateur et de collaborateur.

En ce qui concerne les résidents en médecine familiale, les programmes de formation doivent offrir 1) l'occasion de rencontrer des psychiatres et des résidents en psychiatrie dans diverses situations, tout au long de leur formation; 2) la façon de tirer le meilleur parti d'une consultation psychiatrique ou de la visite d'un psychiatre à leur cabinet; 3) une compréhension des principes des soins de santé mentale partagés et des façons dont les psychiatres peuvent aider les médecins de famille; 4) le travail avec des personnes rompues au travail coopératif avec des psychiatres; et 5) la pratique et la supervision d'activités axées sur des modèles de soins de santé mentale partagés.

En ce qui concerne les étudiants de premier cycle, les principes de soins partagés entre les médecins de famille et les spécialistes de toutes les disciplines médicales et chirurgicales, ainsi que la mise en oeuvre de telles approches devraient faire partie du programme de premier cycle, et de tout enseignement qui porte sur les responsabilités et les rôles du médecin, sur la continuité des soins et sur l'utilisation optimale des ressources.

En ce qui concerne les étudiants en post-résidence, les facultés devraient songer à mettre sur pied des programmes de stage afin d'offrir de la formation additionnelle dans ce domaine, à l'intention des nouveaux diplômés des programmes de résidence.

Ces programmes de formation seraient bonifiés par la présence d'un corps professoral possédant de l'expertise en matière de soins de santé mentale partagés, et apte à exercer le rôle de superviseur, de mentor et de concepteur de programmes d'études dans divers domaines des soins partagés.

La recherche

Les facultés universitaires doivent jouer un rôle de premier plan dans l'élaboration et le soutien de projets de recherche et de subvention destinés à évaluer différents modèles de soins de santé mentale partagés, et leur effet sur les systèmes de santé locaux.

La collaboration inter-départementale

Les départements universitaires de psychiatrie et de médecine familiale doivent entretenir des rapports

plus étroits, afin d'améliorer et de soutenir les activités cliniques, d'enrichir les programmes d'enseignement et de mettre sur pied des projets de recherche conjoints. Les départements universitaires peuvent également collaborer dans un autre domaine, celui de la mise sur pied et du soutien d'activités communautaires destinées aux collectivités mal desservies en services de soins psychiatriques.

5.3 Pour l'éducation permanente

Un des avantages des soins partagés est l'occasion qu'ils présentent aux participants d'accroître leurs compétences et leurs connaissances. La collaboration entre psychiatres et médecins de famille offre beaucoup d'occasions d'apprentissage, notamment :

1. de brefs exposés éducatifs fondés sur des études de cas, suivis de discussions, y compris des réunions périodiques de groupes de médecins de famille et d'un psychiatre, pour examiner les cas ;
2. des activités éducatives en petit groupe au cabinet du médecin de famille, quand un psychiatre s'y rend régulièrement ;
3. l'occasion pour les psychiatres de mettre à jour leurs connaissances en ce qui concerne les états pathologiques généraux et leur traitement, ce qui correspond au besoin de ceux-ci de perfectionner leurs compétences afin de mieux travailler en tant que consultants auprès d'autres médecins ;
4. le recours à de techniques pédagogiques d'avant-garde (programmes informatisés, liens sur Internet), soutenues par un contact régulier avec un psychiatre ;
5. l'application de données d'évaluation à des modèles de soins coopératifs dans le cadre des pratiques et des cliniques ;
6. des crédits en éducation permanente pour des activités pédagogiques non traditionnelles au cabinet du médecin de famille.

5.4 Les obstacles éventuels à la mise en oeuvre

Malgré les avantages des soins de santé mentale partagés, un certain nombre d'obstacles éventuels devront être surmontés, notamment :

- la fragmentation actuelle, partout au pays, de la planification entre les soins primaires et les services de santé mentale, aux niveaux provincial et régional également ;
- le manque de reconnaissance du rôle du médecin dans le cadre de la réforme et de la planification des services de santé mentale ;
- la charge de travail trop lourde de nombreux médecins de famille et des psychiatres ;

- le nombre insuffisant de psychiatres dans certaines régions du pays ;
- le manque de compétences de certains psychiatres dans le domaine de la consultation auprès des médecins de soins primaires ;
- le manque de formation en consultation des soins primaires des programmes de résidence en psychiatrie ;
- les questions de confidentialité peuvent gêner le dialogue entre le médecin et le psychiatre ;
- le manque de clarté en ce qui a trait à l'attribution des responsabilités médico-légales en soins de santé mentale partagés ;
- l'attitude négative de certains médecins de famille à l'égard de l'apport des psychiatres, et réciproquement ;
- les modes de rémunération actuels déficients, qui ne couvrent pas les services indirects comme la discussion de cas, les activités éducatives ou les déplacements.

Il semble que les psychiatres et les médecins de famille partout au pays s'entendent sur ce dernier point, lequel constitue l'obstacle le plus important de la mise en oeuvre des soins partagés, et estiment qu'il faudra élaborer d'autres modes de rémunération pour soutenir ces activités.

LES CHANGEMENTS REQUIS À L'ÉCHELLE DU SYSTÈME POUR SOUTENIR LES SOINS PARTAGÉS

Il faut soutenir les changements au niveau des pourvoyeurs de soins en apportant des modifications aux systèmes de santé mentale régionaux et provinciaux, ainsi qu'aux associations professionnelles de médecine familiale et de psychiatrie. Nous recommandons les mesures suivantes :

1. Les médecins de famille et les psychiatres devront chercher des façons de nouer des liens plus serrés, qui correspondent aux principes directeurs du présent document.
2. Au sein des collectivités, devront être créés des réseaux de médecins de famille et de psychiatres intéressés aux soins coopératifs, où les participants pourront échanger idées et expériences, et parrainer la mise sur pied de projets pilotes.
3. Le financement et les ressources nécessaires à des projets pilotes de soins de santé mentale partagés, lesquels seront évalués, devront être accordés. Ces projets devront faire l'objet d'évaluation.
4. Des protocoles d'évaluation devront être élaborés afin de mesurer l'effet des soins partagés sur les patients, l'utilisation des services, les coûts de la prestation des soins de santé et de santé mentale ainsi que le bien-être de la collectivité. Ces protocoles pourront

être conçus par un ou plusieurs centres et diffusés à l'échelle provinciale et nationale.

5. Un ou des centres d'information devront être mis sur pied pour la compilation des données (descriptions de programmes, programmes pédagogiques, formulaires utilisés), auxquels auront accès tous les praticiens intéressés au pays.
6. De nouveaux modes de financement devront être fournis pour appuyer la mise en oeuvre de certaines de ces stratégies, notamment de nouveaux modes de rémunération des psychiatres, comme le paiement à la séance; des changements aux barèmes d'honoraires provinciaux pour couvrir les services des psychiatres et des médecins de famille qui ne s'adressent pas directement aux patients; de nouveaux modes de financement des soins primaires comme le budgets global, le forfait, ou la capitation appliqués au financement des services dispensés par les psychiatres; l'affectation provisoire du personnel de la santé mentale des cliniques aux cabinets des médecins de famille; et des mesures incitatives pour encourager les médecins de famille à consacrer le temps nécessaire aux individus souffrant de troubles mentaux complexes.
7. Les régis ou organismes régionaux de planification devront examiner le rôle éventuel des soins de santé mentale partagés dans la constitution de réseaux de services continus.
8. Les planificateurs provinciaux devront poursuivre l'étude et l'analyse des opportunités créés par les approches de soins partagés pour aider à résoudre le problème de la pénurie de psychiatres dans les régions éloignées.
9. Les départements universitaires de psychiatrie et de médecine familiale devront réexaminer leurs programmes pour s'assurer que les résidents reçoivent une formation adéquate qui leur permettra de travailler en partenariat, après l'obtention de leur diplôme.
10. Les départements universitaires de psychiatrie et de médecine familiale devront envisager la possibilité d'inclure les liens entre les médecins de famille et les psychiatres dans leurs critères d'excellence, en offrant une formation spécialisée aux résidents et stagiaires, et en soutenant les projets de recherche conjoints.
11. L'APC et le CMFC devront mettre sur pied un groupe de travail conjoint spécial chargé de surveiller l'application des recommandations du présent rapport et d'aborder d'autres questions connexes.
12. L'APC et le CMFC encourageront les collèges provinciaux de médecins de famille et les associations de psychiatres à mettre sur pied des groupes de travail conjoints chargés de mieux coordonner les projets de planification, de recherche et de formation à l'échelle provinciale.

13. Les gouvernements provinciaux devront se pencher sur les façons d'intégrer les processus de planification de la réforme des soins primaires et des soins de santé mentale.

Conclusion

À l'ère de la réorganisation accélérée des services de santé au Canada, les notions qui sous-tendent les soins de santé mentale partagés entre les psychiatres et les médecins de famille sont directes et opportunes. En travaillant ensemble, les médecins de famille et les psychiatres peuvent réussir à améliorer la continuité des soins, à renforcer le lien permanent qu'entretient le médecin de famille avec son patient et à accroître l'accessibilité des soins psychiatriques.

Les soins partagés ne désignent pas un nouveau mode de pratique, mais bien un élément des soins de santé qui peut être facilement intégré aux autres soins dispensés par les psychiatres et les médecins de famille. Les concepts présentés dans ce document, surtout ceux qui visent à améliorer la communication, soient faciles à mettre en oeuvre, et peuvent rapporter d'importants dividendes à toutes les personnes concernées. D'autres stratégies sont plus complexes, et leur réussite repose sur de nouveaux modes de rémunération des médecins.

Les soins de santé mentale partagés peuvent aider à créer un système de santé mieux intégré, où les pourvoyeurs de soins se sentent appuyés, et où les patients ont le meilleur accès possible aux services dont ils ont besoin, au moment où ils en ont besoin. Avant tout, ils sont aptes à améliorer l'efficacité du système de santé et à profiter aux patients. Le temps est venu d'agir.

Références

- Schurman R, Kramer P, Mitchell J. The hidden mental health network. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:89-94.
- [Anonymous]. Decima Research Report to the College of Family Physicians of Canada. Toronto: Decima Research; 1993.
- Goldberg D, Huxley P. Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care. London: Tavistock; 1980.
- Lin E, Goering P, Offord D, Campbell D, Boyle MH. The use of mental health services in Ontario: epidemiologic findings. *Can J Psychiatry* 1996; 41:572-7.
- [Anonymous]. New Directions in Primary Health Care: PCCCAR Sub-Committee Report. Toronto: Ontario Ministry of Health; 1996.
- Shepherd M. Primary care psychiatry: the case for action. *Br J Gen Pract* 1991;41:252-5.
- Royal College of Psychiatrists and Royal College of General Practitioners. Shared care of patients with mental health problems: report of a joint Royal College working group. London: Royal College of General Practitioners; 1993.
- World Health Organization. The introduction of a mental health component into primary care. Geneva: World Health Organization; 1993.
- [Anonymous]. Psychiatric services in British Columbia: final report of temporary advisory sub-committee. Vancouver: British Columbia Medical Association; 1995.
- [Anonymous]. La relation psychiatres-omnipraticiens: rapport du Comité de Travail de L'A.M.P.Q. Montreal : A.M.P.Q; 1993.
- Kates N, Lesser A, Dawson D, Devine J, Wakefield J. Psychiatry and family medicine: the McMaster approach. *Can J Psychiatry* 1987;32:170-4.
- Craven M, Cohen M, Campbell D, Williams J, Kates N. Mental health practices of Ontario family physicians: special project. Toronto: Paper Institute of Clinical Evaluative Sciences; 1996.
- Surtees PG. Psychiatric disorder in the community and the General Health Questionnaire. *Br J Psychiatry* 1987;150:828-35.
- Verhaak PF, Tjhuis MA. Psychosocial problems in primary care: some results from the Dutch national study of morbidity and interventions in general practice. *Soc Sci Med* 1992;35:105-10.
- Finlay-Jones R, Brown GW, Duncan-Jones P, Harris E, Murphy E, Prudo R. Depression and anxiety in the community: replicating the diagnosis of a case. *Psychol Med* 1980;10:445-54.
- Barrett JE, Barrett JA, Oxman TE, Gerber PD. The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:1100-6.
- Kessler L, Cleary P, Burke J. Psychiatric disorders in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:583-7.
- van den Brink W, Koeter MWJ, Ormel J, Doklstra W, Giel R, Slooff C, and others. Psychiatric diagnosis in an outpatient population: a comparative study of PSE-Catego and DSM-III. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:369-72.
- Cole M. The pathways to psychiatric care of dementia or depression in the elderly. In: 43rd Annual Meeting of the Canadian Psychiatric Association; 1993 Sept 29-Oct 1; Winnipeg, MB. Ottawa: Canadian Psychiatric Association; 1993. p 63-4.
- Ormel J, van Den Brink W, Koeter MW, Giel R, Van Der Meer K, Van De Willige G, and others. Recognition, management and outcome of psychological disorders in primary care: a naturalistic follow-up study. *Psychol Med* 1990;2:909-23.
- Hays R, Wells K, Sherbourne C, Rogers W, Spritzer K. Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:11-9.
- Borus JF, Olendzki MC, Kessler L, Burns BJ, Brandt UC, Broverman CA, and others. The «offset effect» of mental health treatment on ambulatory medical care utilization and charges. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:573-80.
- Browne GB, Arpin K, Corey P, Fitch M, Gafni A. Individual correlates of health service utilization and the cost of poor adjustment to chronic illness. *Med Care* 1990;28:43-58.
- Mumford E, Schlesinger HJ, Glass GV, Patrick C, Cuerdo T. A new look at evidence about reduced cost of medical utilization following mental health treatment. *Am J Psychiatry* 1984;141:1145-58.
- Richman A. Does psychiatric care by family practitioners reduce the cost of general medical care? *Gen Hosp Psychiatry* 1990;12:14-22.
- Ontario Psychiatric Association. The role of psychiatrists in mental health reform. Toronto: Ontario Psychiatric Association; 1995.
- [Anonymous]. A model for the reorganisation of primary care and the introduction of population-based funding: «The Victoria Report.» Ottawa: The Advisory Committee on Health Services, Health Canada; 1995.
- [Anonymous]. The relationship between family physicians and specialists/consultants in the provision of patient care. Ottawa: College of Family Physicians of Canada and the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 1993.
- Quirk M, Strosahl K, Todd J, Fitzpatrick W, Hennessy Y, and others. Quality and customers: type 2 change in mental health delivery within health care reform. *Journal of Mental Health Administration* 1995;22:414-25.
- Bland R. Help-seeking for psychiatric disorders. In: World Psychiatric Association Section of Epidemiology Meeting; 1993: Groningen.
- Hansen JP, Bobula J, Meyer D, Kushner K, Pridham K. Treat or refer: patients' interest in family physician involvement in their psychosocial problems. *J Fam Pract* 1987;24:499-503.

32. Herbert C, Cooke B, Guttman M, Schechter M. Patients' desires as compared to expectations for psychosocial interventions by their family physician. *Can Fam Physician* 1986;32:1265-70.
33. Morgan D. Psychiatric cases: an ethnography of the referral process. *Psychol Med* 1989;19:743-53.
34. Von Korff M, Myers L. The primary care physician and psychiatric services. *Gen Hosp Psychiatry* 1987;9:235-40.
35. Cummins R, Smith R, Inui T. Communication failure in primary care: failure of consultants to provide follow-up information. *JAMA* 1980;243:1650-2.
36. Williams P, Wallace B. General practitioners and psychiatrists—do they communicate? *BMJ* 1974;1:505-7.
37. Carr VJ, Donovan P. Psychiatry in general practice: a pilot scheme using the liaison-attachment model. *Med J Aust* 1992;156:379-82.
38. Falloon IR, Shanahan W, Laporta M, Krekorian HA. Integrated family, general practice and mental health care in the management of schizophrenia. *J R Soc Med* 1990;83:225-8.
39. Ferguson B, Cooper S, Brothwell J, Makantonakis A, Tyrer P. The clinical evaluation of a new community psychiatric service based on general practice psychiatric clinics. *Br J Psychiatry* 1992;160:493-7.
40. Jackson G, Gater R, Goldberg D, Tantam D, Loftus L, Taylor H. A new community mental health team based in primary care: a description of the service and its effect on service use in the first year. *Br J Psychiatry* 1993;162:375-84.
41. Katon W, Von Korff M, Lin E, Walker E, Simon G, Bush T, and others. Collaborative management to achieve treatment guidelines: impact on depression in primary care. *JAMA* 1995;273:1026-31.
42. Nickels M, McIntyre J. A model for psychiatric services in primary care settings. *Psychiatr Serv* 1996;47:522-6.
43. Pincus H. Patient-oriented models for linking primary care and mental health care. *Gen Hosp Psychiatry* 1987;9:95-101.
44. Pullen IM, Yellowlees AJ. Scottish psychiatrists in primary health-care settings: a silent majority. *Br J Psychiatry* 1988;153:663-6.
45. Tait D. Shared care between psychiatrist and general practitioner. *Journal of Postgraduate General Practice* 1983;26:177-84.
46. Mitchell A. Psychiatrists in primary health settings. *Br J Psychiatry* 1985;47:371-9.
47. Tyrer P, Ferguson B, Wadsworth J. Liaison psychiatry in general practice: the comprehensive collaborative model. *Acta Psychiatr Scand* 1990;81:359-63.
48. Strathdee G, Fisher N, McDonald E. Establishing psychiatric attachments to general practice: a six stage plan. *Psychiatr Bull* 1992;16:284-6.
49. Kates N, Craven M, Webb S, Low J, Perry K. Case reviews in the family physician's office. *Can J Psychiatry* 1992;37:2-6.
50. van den Brink W, Leenstra A, Ormel J, van de Willige G. Mental health intervention programs in primary care: their scientific basis. *J Affect Disord* 1991;41:2-4.
51. Katon W, Gonzales J. A review of randomised trials of psychiatric consultation-liaison studies of primary care. *Psychosomatics* 1994;35:268-78.
52. Tugwell P, Jabour M, Frechette D. *CanMed 2000—the road ahead*. *Annals of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*; 1996.

This paper is available in English. Please contact the CPA at 613-324-2815 or the CFPC at 905-629-0900.



L'impression de ce document a été supporté à l'aide d'une subvention instructive sans restriction par Smith Kline Beecham Pharma.



Commanditaire de semaine de sensibilisation aux maladies mentales 1997