

Salon DES MÉDECINS

Santé mentale

Ouvrir la voie de la
collaboration2

Outils et ressources
de soins partagés
en santé mentale6

Leçons tirées
de l'expérience
de Sharbot Lake
(Ontario)7

La collaboration,
pierre angulaire du
soin des patients8

«L'image du "salon des médecins" a servi à illustrer un endroit où les relations collégiales peuvent s'épanouir. Alors que les salons des médecins n'existent maintenant presque plus, où est le nouveau centre d'activité où de telles relations auront la chance de se développer et de grandir?»

— Document de travail mixte du CFMC et du CRMCC, août 2006

Le *Salon des médecins* est publié par l'Association médicale canadienne en partenariat avec le Collège des médecins de famille du Canada et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. En offrant aux médecins du Canada de l'information et des conseils d'experts renommés, cette publication vise à resserrer les liens collégiaux entre les omnipraticiens et médecins de famille et les autres spécialistes. Ce numéro porte sur la santé mentale.

LES SOINS PARTAGÉS EN SANTÉ MENTALE : ouvrir la voie de la collaboration

ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE  CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION

Publié par l'Association médicale canadienne, avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada et du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

Rédacteurs

D^r John Maxted, directeur général associé, Politiques publiques et de la santé, Collège des médecins de famille du Canada

D^r Andrew Padmos, chef de la direction, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

D^r Todd Watkins, directeur, Bureau des services professionnels, Association médicale canadienne

Rédacteur administratif

Pat Rich
Association médicale canadienne

Révision

Sandy Garland

Le contenu du *Salon des médecins* et les opinions qui y sont exprimées sont uniquement ceux des rédacteurs et des auteurs et ne représentent pas nécessairement les politiques ou les positions approuvées par chaque organisme.

La santé mentale est souvent citée comme exemple de progrès tangible de collaboration entre les OP–MF et les autres spécialistes dans le but de fournir de meilleurs soins. Aucune administration canadienne n'a encore édicté en norme les soins partagés en santé mentale, mais il existe de nombreux exemples de modèles de soins fructueux où les OP–MF et les psychiatres collaborent de plus près dans divers milieux de pratique.

Au cours de la décennie qui s'est écoulée depuis que les chefs de file de la médecine au Canada se sont penchés pour la première fois sur les possibilités qu'offrent les modèles de soins partagés en santé mentale, l'accélération de la réforme des soins primaires et la position de plus en plus solide de la santé mentale dans le paradigme de la prise en charge des maladies chroniques ont entraîné l'attribution de beaucoup de temps et d'efforts à la recherche de moyens d'améliorer la collaboration entre les OP–MF et les psychiatres.

En outre, les premiers modèles de soins partagés mettant à contribution OP–MF et psychiatres ont évolué pour inclure la collaboration des psychologues, des infirmières en psychiatrie et d'autres fournisseurs de soins et, plus important encore, du consommateur ou patient lui-même.

«De plus en plus, les intervenants en santé mentale et dans les services psychiatriques reconnaissent le rôle central des soins primaires dans le système de santé», affirme le D^r Nick Kates, psychiatre de Hamilton qui préconise depuis longtemps les soins partagés en santé mentale au Canada.

En résultat, tout un éventail d'outils, de ressources et de documents sont à la disposition des praticiens qui souhaitent participer davantage aux soins en collaboration, et ce dans un contexte de soutien organisationnel doté d'un financement solide offert par des groupes comme l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale et le Collège des médecins de famille du Canada (voir le texte en page 6).

Pourtant, en dépit de tous les progrès, il reste encore des défis fondamentaux à relever : il faut changer les attitudes des praticiens, améliorer la

communication interdisciplinaire, jumeler les modes de rémunération aux nouveaux modèles de soins et mieux définir les données probantes qui appuient ces modèles. Comme on le signalait dans une lettre adressée à la *Revue canadienne de psychiatrie* en 2003, «(L)a bienveillance et le libéralisme manifestés à l'égard des soins en collaboration nous avaient fait espérer que la collaboration serait adoptée avec ardeur et appréciée. En rétrospective, il s'agissait d'une vision naïve et excessivement simpliste de la prestation des soins de santé mentale. (...) Beaucoup de praticiens, y compris les OP, ne sont pas intéressés à travailler en étroite collaboration avec d'autres.»

Cette lettre répondait à un sondage mené auprès d'OP–MF et de psychiatres de Montréal par le D^r Ricardo Lucena et ses collègues. Ils ont constaté que les stratégies de promotion de la collaboration visant à améliorer les communications et l'organisation d'activités d'EMC étaient plus acceptables que celles qui prévoyaient une collaboration sur place entre OP–MF et psychiatres.

Des données publiées récemment, tirées du Sondage national auprès des médecins, expliquent toutefois de façon convaincante pourquoi les OP–MF, les psychiatres et les autres praticiens doivent continuer à explorer d'autres modes de prestation des soins de santé mentale afin d'améliorer l'accès à ces services.

Les données de sondage provenant de plus de 20 000 médecins, résidents et étudiants en médecine du Canada et recueillies au printemps de 2007 montrent que les OP–MF considèrent l'accès aux services de santé mentale comme le pire parmi tous les services spécialisés. Seulement 15 % des OP–MF ont déclaré que l'accès à un

PRINCIPES DEVANT GUIDER LES SOINS PARTAGÉS EN SANTÉ MENTALE

- Les OP–MF et les psychiatres font partie d'un seul système de prestation de soins de santé mentale.
- L'OP–MF entretient un rapport à long terme avec le patient, que le psychiatre doit chercher à renforcer.
- On ne peut s'attendre à ce qu'un seul fournisseur de soins de santé ait la compétence et le temps voulus pour dispenser tous les soins à un patient.
- Les relations professionnelles doivent s'appuyer sur la confiance et le respect mutuels.
- Il faut définir et coordonner les rôles et les activités des différents fournisseurs de soins, qui doivent être complémentaires et répondre aux besoins des patients, de leurs familles et des autres soignants, tout en tenant compte des ressources disponibles.
- Le patient doit être un participant actif du processus et savoir que l'OP–MF et le psychiatre continueront de participer aux soins qui lui sont dispensés et avec qui communiquer en cas de difficulté.
- Les modèles de soins partagés doivent tenir compte du contexte dans lequel ils sont dispensés.

Les soins de santé mentale partagés au Canada : un exposé de principe, 1996

psychiatre était très bon ou excellent et, dans le cas des services de santé mentale et de conseil en toxicomanie, seulement 10 % et 8 % respectivement ont jugé l'accès excellent ou très bon.

CONTEXTE

Il y a un peu plus de dix ans, le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et l'Association des psychiatres du Canada (APC) ont produit un énoncé commun sur les soins partagés en santé mentale au Canada. En décembre 2000, cet énoncé de position a été mis à jour à la suite du rapport d'un Groupe de travail conjoint sur les soins de santé mentale.

Le premier énoncé décrivait pourquoi il fallait resserrer la collaboration entre les OP–MF et les psychiatres afin d'améliorer les soins en santé mentale. On y notait ce qui suit :

- Environ le tiers des patients d'une pratique de médecine familiale souffrent de problèmes de santé mentale et environ le quart des patients qui consultent un médecin de famille ont un trouble mental diagnosticable.
- En raison du manque de lits dans les hôpitaux psychiatriques et des pressions exercées pour écourter les séjours, les médecins de famille doivent traiter des patients qui souffrent de problèmes plus graves et dont l'état mental est plus instable.
- On demande aux psychiatres d'agir comme experts-conseils et membres d'équipes multidisciplinaires et d'accorder davantage de consultations en service externe.

Le D^r Kates, qui a contribué à produire l'énoncé de position, déclare : «On a aussi reconnu, suite à l'expérience clinique acquise à Hamilton et ailleurs, que nous pourrions produire de meilleurs résultats en faisant les choses différemment.» Le D^r Kates, qui est professeur aux départements de psychiatrie et neurosciences comportementales et de médecine familiale à l'Université McMaster, est également directeur de programme pour des équipes de santé familiale à Hamilton.

L'énoncé de position portait sur trois dimensions préoccupantes de la relation actuelle entre la psychiatrie et la médecine familiale :

- du côté des OP–MF, problèmes d'accès aux services de psychiatrie pour leurs patients et hésitation occasionnelle à prendre en charge des patients atteints de maladie mentale chronique;
- problèmes de communication entre les OP–MF et les psychiatres à plusieurs niveaux;

- manque de contact personnel entre les OP–MF et les psychiatres, ce qui peut aboutir, dans le pire des cas, signale-t-on dans le rapport, à une relation «caractérisée par la méconnaissance et les stéréotypes, et par l'absence de respect du rôle que l'autre discipline peut jouer et joue effectivement dans les soins de santé mentale».

Pour s'attaquer à ces problèmes, le rapport préconisait une «réévaluation importante» de la relation entre les OP–MF et les psychiatres et une stratégie de soins partagés comportant des modèles «où les responsabilités sont réparties selon les compétences respectives de chacun et suivant les besoins de traitement du patient à différentes étapes de l'évolution d'un problème de santé mentale».

Le rapport présentait des stratégies d'implantation des soins partagés en santé mentale visant à améliorer la communication dans les relations de travail entre psychiatres et OP–MF, à établir des liens entre les psychiatres ou les services de psychiatrie et les OP–MF locaux et à intégrer des psychiatres et autres fournisseurs de services de santé mentale dans le cabinet des OP–MF.

DEPUIS 2000

Ce rapport a été à l'origine de la création d'un groupe de travail conjoint sur les soins de santé mentale coprésidé par les D^{rs} Nick Kates et Marilyn Craven.

«Il s'agissait de mieux intégrer les services de santé mentale au niveau des soins primaires», a déclaré le D^r Francine Lemire, directrice générale associée des Affaires professionnelles au CMFC. «Nous étions d'avis qu'il fallait adopter pour les soins de santé mentale une approche de collaboration différente de la méthode que les médecins de famille utilisent habituellement et qui consiste à référer le patient à un spécialiste qui envoie ensuite une lettre de consultation.»

Les problèmes d'accès aux services psychiatriques dans l'optique des OP–MF ont joué un rôle majeur dans le lancement du projet, a déclaré le D^r Lemire.

«Mon expérience de médecin de famille à Corner Brook (Terre-Neuve-et-Labrador) m'avait appris qu'il fallait parfois prendre des moyens extraordinaires afin d'obtenir une consultation urgente pour quelqu'un. Le plus souvent, faire une demande *par écrit* ne suffisait pas. Je devais téléphoner ou même me présenter au cabinet d'un psychiatre à la fin de la journée pour lui parler et lui faire comprendre l'urgence de la situation.»

LEÇONS TIRÉES DE LA RECHERCHE

- Les relations axées sur la collaboration requièrent de la préparation, du temps et des structures de soutien.
- Les contacts en personne sont importants pour les fournisseurs de soins et pour les patients.
- La collaboration n'entraîne pas à elle seule un transfert des compétences ou des changements durables des connaissances ou du comportement des fournisseurs de soins primaires dans le traitement de la dépression.
- Une meilleure formation du patient relativement aux troubles mentaux et à leur traitement est une composante de nombreuses études ayant obtenu de bons résultats.
- Le choix du patient relativement aux modalités de traitement peut être un facteur important de son engagement envers un traitement.

Extrait de «Meilleures pratiques pour des soins de santé mentale axés sur la collaboration – Une analyse des données existantes». Revue canadienne de psychiatrie, mai 2006.

En 2000, le groupe de travail a produit un rapport qui développait le rapport initial, résumait trois années de collecte d'information et présentait des recommandations plus précises sur tout un éventail de questions, de la réforme des systèmes de santé jusqu'à la formation et à l'éducation médicale continue.

Le rapport signalait que la réforme des soins primaires accordait peu d'importance au soutien des soins en santé mentale. En dépit de leurs objectifs semblables, la planification des soins primaires et celle des soins de santé mentale semblaient se dérouler en parallèle et présenter très peu d'intégration ou de consultation réciproque.

Les résultats d'un sondage réalisé auprès de 160 psychiatres en 1999 et cités dans le rapport indiquent que le manque de temps, les contacts personnels limités entre OP-MF et psychiatres et le manque de rémunération sont au nombre des principaux obstacles aux soins partagés en santé mentale.

Le Dr Craven affirme que le groupe de travail «a donné au CMFC et à l'APC une tribune de collaboration sur les questions de politique, de planification et de représentation dans le domaine des soins de santé mentale, ce qui a été fort précieux pour les deux organismes».

En 2003, on a élargi le travail sur les soins partagés en santé mentale au Canada en lançant l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM). Financée au début par le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de Santé Canada, l'ICCSM regroupe 12 organismes nationaux du secteur de la santé, y compris le CMFC et l'APC.

Au cours du premier volet de son travail, le consortium a fait le point sur la situation des soins en collaboration dans le domaine de la santé mentale au Canada, rédigé une charte énumérant les principes de la collaboration et produit des outils factuels et de la documentation. Dans un deuxième temps, bénéficiant toujours de l'aide de Santé Canada qui prend fin en mars 2008, le groupe se concentre sur la diffusion de ces ressources sur les soins en collaboration.

DIX ANS PLUS TARD

En ce qui concerne la perception des soins partagés en santé mentale au cours la dernière décennie, le Dr Kates affirme : «Je pense que la situation a changé énormément et à de nombreux niveaux différents.»

Un des changements les plus importants s'est produit à l'échelle des ministères ou du

gouvernement. Il y a dix ans, les planificateurs en soins de santé primaires n'échangeaient pas avec ceux du secteur des soins de santé mentale. L'intégration des services en santé mentale et en soins primaires et l'amélioration des liens entre les deux ne figuraient au programme de personne. Maintenant, la plupart des provinces et des régies régionales de la santé reconnaissent les avantages de l'amélioration des liens entre services de santé mentale et soins primaires et de l'attribution de ressources au financement et au soutien de ce type de programme.

«Au niveau des fournisseurs, on voit émerger beaucoup plus de projets; de plus en plus de cliniciens commencent à trouver que la démarche a du sens et souhaitent que ces services soient accessibles à leurs patients.»

«L'autre grand changement survenu depuis dix ans, c'est qu'on accepte beaucoup plus la participation des consommateurs aux ententes de collaboration.»

Le Dr Lemire montre plus de prudence dans sa description des progrès : «Je pense que nous en sommes encore aux premières étapes du changement. Lorsqu'on met en œuvre de telles stratégies, il faut un modèle de financement qui appuie les soins indirects à la fois pour le médecin de famille et pour le psychiatre. Le système doit être assez souple pour que les praticiens ne se sentent pas pénalisés par l'adoption de la nouvelle démarche. Si nous voulons généraliser l'implantation de cette stratégie, le modèle de financement doit mieux appuyer les soins indirects.»

D'autres reconnaissent que la prestation des services de santé mentale en soins partagés ou soins en collaboration ne peut réussir que si les praticiens sont dûment rémunérés.

«Les gens ont tendance à faire ce pour quoi on les paye et si les régimes de rémunération sont déformés, on ne fera pas ce qu'il faut», affirme le Dr Nicholas Delva, chef du département de psychiatrie de l'Université Dalhousie et chef de psychiatrie à la Régie de la santé du District de la capitale, à Halifax. «Si les modes de rémunération exigent que les patients et les médecins se trouvent dans la même pièce en tout temps, on n'aura alors pas tellement hâte de discuter avec un psychiatre de la façon de gérer les patients.»

DÉFINITION DES SOINS PARTAGÉS

La définition de ce qui constitue un modèle de soins partagés ou de collaboration en santé mentale peut varier considérablement selon les points de vue.

Il peut s'agir de psychiatres qui donnent les conseils par téléphone ou en ligne à des OP-MF, qui participent régulièrement à des cliniques avec des équipes de soins primaires ou qui reçoivent des patients de concert avec l'OP-MF. Les modèles de soins en collaboration peuvent aussi mettre à contribution, comme membres de l'équipe de soins, des infirmières en psychiatrie, des travailleurs sociaux ou des psychologues.

Le D^r Delva affirme qu'une bonne relation traditionnelle de consultation-référence entre l'OP-MF et un psychiatre compose aussi une partie d'un cadre efficace de soins partagés.

«Si l'OP a un bon accès à un psychiatre et dialogue bien avec lui, si le patient peut être accueilli rapidement et si le médecin de famille peut appeler le psychiatre au besoin pour le consulter, cela aide à implanter les soins partagés.»

Les modèles de soins partagés, explique-t-il, vont toutefois plus loin que cette «bonne relation de travail (...) parce que le psychiatre se rend dans le contexte de prestation des soins primaires».

Le D^r Patrick J. White, professeur et directeur du Département de psychiatrie à l'Université de l'Alberta et directeur du programme de cliniques régionales de santé mentale pour la régie de santé de la Capitale, à Edmonton, décrit diverses stratégies qu'il a adoptées pour mettre à contribution ses collègues psychiatres dans les nouveaux réseaux de soins infirmiers en Alberta.

«Il est d'importance critique que les psychiatres s'impliquent vraiment, presque autant que les médecins de premier recours eux-mêmes», affirme le D^r White, qui est aussi l'actuel président de l'Association des psychiatres du Canada.

«Mes collègues me répondent "nous n'avons pas assez de temps, nous sommes trop occupés, nous manquons d'effectifs" — je leur dis "d'accord, mais si vous participez à certains de ces réseaux, vous aiderez les médecins de famille à régler des cas, ce qui finira par alléger votre charge de travail".»

Que le psychiatre touche des honoraires pour donner des conseils téléphoniques aux OP-MF d'un réseau de soins primaires ou qu'il voie des patients de concert avec l'OP-MF, le résultat est le même, affirme le D^r White.

«Dans les deux cas, les médecins finissent par établir une relation professionnelle un peu plus personnalisée, ce qui facilite la consultation entre

eux. Cette relation fleurit, prend de l'ampleur et devient plus productive.

«Selon moi, si davantage de psychiatres interviennent au niveau des soins primaires, les médecins de famille finiront en général par fournir des soins de meilleure qualité. Cela joue dans les deux sens, parce que nous [psychiatres] avons aussi beaucoup à apprendre de la médecine familiale.»

Le D^r Lemire décrit un autre type de modèle de soins partagés mis au point par le Collège des médecins de famille de l'Ontario et dans le contexte duquel les psychiatres font fonction de mentors auprès d'OP-MF en leur donnant régulièrement des conseils généraux ou spécifiques.

Une équipe dirigée par le D^r Raymond Tempier, chef de psychiatrie à l'Université de la Saskatchewan, fait actuellement l'essai d'une autre stratégie fondée sur un site web interactif. Karen

Mosier, coordonnatrice de la recherche pour le projet, explique que le projet PsychTalk vise à donner aux OP-MF de Saskatoon des ressources en ligne sur la santé mentale, y compris l'accès à des psychiatres qui donneront bénévolement des conseils sur des cas. Après avoir réglé des problèmes de financement et des questions techniques, PsychTalk en est actuellement au stade de l'essai pilote.

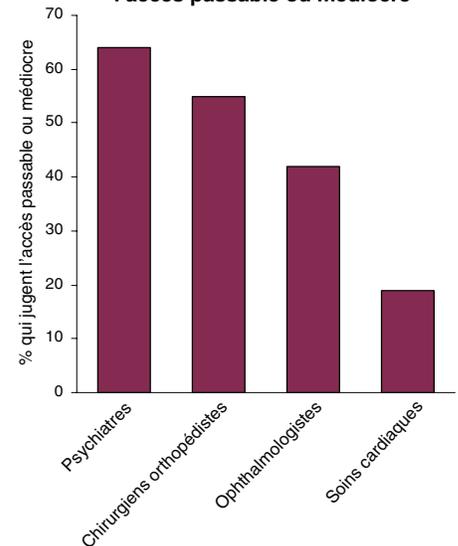
CELA FONCTIONNE-T-IL?

Quant à savoir si les modèles de soins partagés en santé mentale améliorent les résultats, le D^r Kates affirme que les données ne sont pas encore entièrement concluantes.

Une analyse effectuée au Canada en 2006 et portant sur 38 études et rapports de suivi a démontré que les résultats positifs tendent à être plus fréquents dans les cas de collaboration modérée ou rapprochée, mais n'a pu tirer de conclusion définitive.

«Il existe peu de données canadiennes sur les modèles qui fonctionnent ou qui fonctionnent mieux pour certaines populations de patients, ou même sur la définition des soins partagés ou des soins en collaboration», affirme le D^r Kates.

Évaluation par les OP-MF de l'accès passable ou médiocre



Source : Sondage national auprès des médecins, 2007

PRINCIPES DES SOINS DE SANTÉ MENTALE AXÉS SUR LA COLLABORATION

- Tous les résidents canadiens ont le droit de vivre dans une société qui promeut la santé et permet la prévention et le dépistage précoce des problèmes de santé mentale.
- Tous les résidents canadiens ont droit à des services de santé qui favorisent un esprit sain dans un corps sain.
- Tous les résidents canadiens ont droit à des services de santé mentale fournis en collaboration, de manière efficace et au moment opportun.
- Les usagers et leurs soutiens sociaux ont le droit et la responsabilité d'être des partenaires à part entière dans le processus de rétablissement.
- Tous les résidents canadiens ont le droit de recevoir des services de santé mentale et un soutien qui respectent la diversité de leurs besoins.
- Tous les résidents canadiens ont le droit de connaître la gamme de services de santé mentale et de soutien pouvant répondre à leurs besoins.
- Les services de santé mentale doivent être soutenus par des politiques et profiter de ressources financières et humaines adéquates.

Tiré de la Charte de l'ICCSM.

Le D^r White est du même avis. Il croit qu'il faudra encore cinq ans avant que l'on puisse savoir si les modèles de soins partagés à l'étude en Alberta améliorent vraiment les résultats.

Le D^r Craven déclare pour sa part : «Les soins partagés ne sont pas une fin en soi et il ne faudrait pas les considérer comme un ensemble de pratiques qui produiront par miracle de meilleurs résultats pour les patients.»

«Pour avoir un effet sur la plupart des résultats pour les patients (outre l'amélioration de la satisfaction documentée dans à peu près toutes les études), il faut conjuguer les soins partagés aux soins factuels. Jumelés à des stratégies de gestion des soins et des maladies chroniques par lignes directrices, les soins partagés ont fait leurs preuves et produisent de meilleurs résultats pour les patients.»

Quant au rôle que pourront avoir à l'avenir les modèles de soins de santé mentale en collaboration au Canada, le D^r Kates déclare qu'il reste à déterminer.

«Jusqu'où pouvons-nous aller? Qu'est-il réaliste d'attendre des soins primaires? Même si nous affirmons qu'il est possible de dispenser un grand

nombre des soins de santé mentale en contexte de soins primaires, moyennant le soutien approprié, cette démarche pourra-t-elle s'intégrer dans la structure actuelle des soins primaires?

«Ce qu'il faut, c'est percevoir les soins de santé mentale comme partie intégrante des soins dans toute communauté. On doit prévoir une certaine intégration des soins de santé mentale aux soins primaires, en plus d'assurer un accès facile aux services de soins de santé mentale proprement dits. Par ailleurs, les services de santé mentale doivent aussi revoir leurs liens avec les médecins de famille. Même si on travaille dans un service de soins tertiaires dans un hôpital psychiatrique, cela ne veut pas dire que l'on ne peut pas collaborer de plus près avec des partenaires des soins primaires.»

Le D^r Delva explique : «Ce que nous avons ici [à Halifax], c'est un début de soins partagés. Nous avons hâte de donner plus d'ampleur au projet parce qu'il s'agit vraiment d'une forme idéale de soins. Le modèle est très convivial pour les patients. Il réussit très bien à surmonter le stigmate. En outre, et c'est la clé, il rehausse vraiment la confiance et le savoir-faire des médecins de famille et de leurs cliniques.»

OUTILS ET RESSOURCES DE SOINS PARTAGÉS en santé mentale

Les documents qui constituent l'assise de l'exploration des modèles de soins partagés en santé mentale au Canada produits par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et l'Association des psychiatres du Canada (APC) sont disponibles sur le site web du CMFC à www.cmfc.ca.

D'autres ressources sont disponibles sur le site web de l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM), à www.iccsm.ca :

- une série de trousseaux d'outils permettant d'établir des ententes de soins en collaboration entre professionnels de la santé mentale et fournisseurs de soins primaires, y compris des formulaires de référence et de consultation;
- une série de documents commandés par l'ICCSM qui portent sur les soins de santé mentale en collaboration;
- une liste d'articles sur les soins en collaboration, y compris une bibliographie détaillée et une liste de projets canadiens.

Une conférence sur les soins partagés en santé mentale a lieu tous les ans. Les détails sur la conférence de 2008 sont disponibles à www.shared-care.ca/

L'APC offre aussi des liens vers un grand nombre de ces mêmes ressources sur son site web, à www.cpa-apc.org.

L'APC parraine une série d'activités de perfectionnement professionnel continu dans le cadre de forums d'une journée sur les soins en collaboration en santé mentale qui se tiennent dans diverses localités du Canada. Ces forums réunissent OP-MF et psychiatres, en nombres à peu près égaux, et les informent au sujet des progrès réalisés dans les soins en santé mentale.

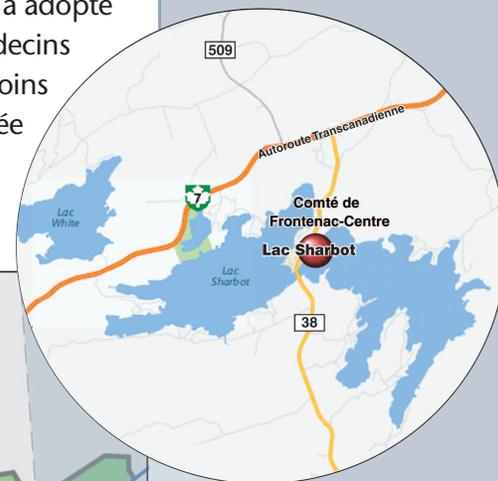
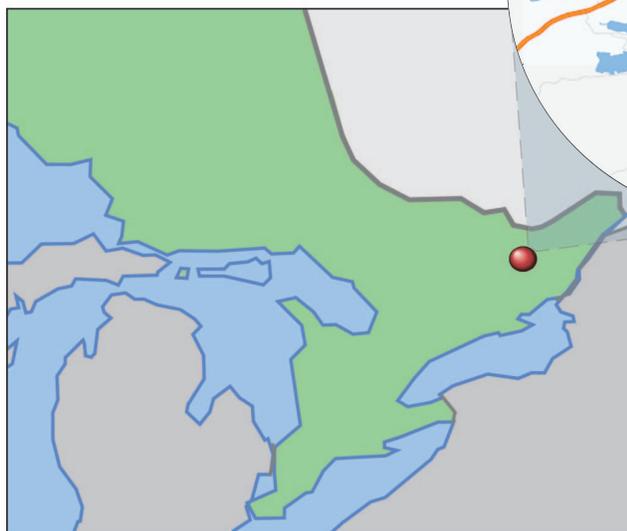
On trouvera des liens détaillés vers ces documents sur amc.ca/salondesmedecins.

LEÇONS TIRÉES DE L'EXPÉRIENCE DE Sharbot Lake (Ontario)

Depuis 2001, à Sharbot Lake, petite localité du centre-est de l'Ontario, on a adopté une stratégie de soins de santé mentale axés sur la collaboration. Des médecins de famille et une infirmière praticienne fournissent la majeure partie des soins de santé mentale, appuyés par une clinique spécialisée d'une demi-journée offerte chaque semaine par un psychiatre et des travailleurs communautaires en santé mentale.

Le Dr Joseph Burley, professeur adjoint de psychiatrie à l'Université Queen's, qui pratique à plein temps les soins communautaires partagés en santé mentale, et ses collègues ont résumé récemment les leçons tirées de l'évaluation de l'expérience menée à Sharbot Lake.

- Les rapports qui existent entre les patients et un médecin ou une infirmière praticienne facilitent leurs relations avec les travailleurs en santé mentale. Beaucoup de patients affirment qu'ils n'auraient pas accepté de consulter un spécialiste en santé mentale s'ils avaient dû se présenter à une clinique de psychiatrie.
- Les soins sur place augmentent les taux de référence des patients atteints de maladie mentale par les médecins et les infirmières praticiennes des milieux ruraux.
- La communication entre les travailleurs en santé mentale et les fournisseurs de soins primaires s'est améliorée, en particulier avec la création de dossiers de santé électroniques auxquels tous les fournisseurs de soins peuvent avoir accès.
- L'utilisation des services de soins de santé mentale tertiaires est devenue plus efficace.
- Les relations étroites entre le centre médical et d'autres organismes communautaires locaux ont facilité l'intégration des services de santé mentale et d'autres services communautaires.
- Il est possible d'offrir un éventail élargi de services de santé mentale aux patients et de les utiliser plus judicieusement.
- Dans ce contexte, la formation des résidents en médecine familiale et en psychiatrie, ainsi que d'étudiants en soins infirmiers et en travail social, donne aux étudiants une expérience clinique précieuse des soins en collaboration.



- Les infirmières praticiennes jouent un rôle important dans les soins primaires en santé mentale.
- Les médecins et les infirmières praticiennes peuvent être initiés à l'évaluation, au diagnostic et à la prise en charge des maladies mentales et améliorer leurs compétences en la matière.
- Les psychiatres qui œuvrent dans des contextes ruraux axés sur la collaboration doivent être des généralistes capables de fournir des évaluations et des soins à un vaste éventail de patients souffrant de toutes sortes de problèmes de santé mentale.
- Il peut être difficile, dans des contextes ruraux de soins partagés, d'établir un équilibre entre les nouvelles consultations, d'une part, et les suivis et les soins continus, de l'autre.

Inspiré d'un article publié dans Synergy: Research and Education in Mental Health, du département de psychiatrie de l'Université Queen's et de ses fournisseurs de soins de santé affiliés.

LA COLLABORATION, pierre angulaire du soin des patients

Les résultats du Sondage national auprès des médecins expliquent clairement pourquoi il importe tellement de continuer à appuyer et à renforcer les relations entre les OP–MF et les autres spécialistes.

Réalisé au printemps de 2007, le sondage a fait appel à la participation de presque 20 000 médecins, résidents et étudiants en médecine du Canada. Il présente de loin le tableau le plus complet des attitudes et des habitudes actuelles de pratique des médecins.

Les résultats du sondage montrent dans quelle mesure les échanges entre médecins jouent un rôle central dans leur travail quotidien et l'importance attachée à la collaboration entre médecins et avec d'autres prestataires de soins de santé.

Chez les OP–MF, 71 % déclarent collaborer régulièrement avec leurs collègues chirurgiens et de 55 % à 68 % disent avoir des contacts réguliers avec des spécialistes en médecine interne, des obstétriciens-

gynécologues, des psychiatres et des pédiatres. Plus de 10 % de ces OP–MF affirment avoir des ententes officielles avec d'autres spécialistes.

Dans le cas des autres spécialistes, 75 % affirment collaborer régulièrement avec un OP–MF et 9 % disent avoir une entente officielle avec ces collègues.

L'importance attachée à l'amélioration des relations interprofessionnelles demeure une priorité pour le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) et l'Association médicale canadienne. S'appuyant sur un document de discussion publié en août 2006, les trois organismes continuent de collaborer à l'élaboration de stratégies afin

de donner suite aux recommandations contenues dans ce document.

En 2007, les deux collèges ont créé le Comité d'action en collaboration sur l'intra-professionnalisme (CACI) qui regroupe des représentants des trois organismes et dont les membres se réunissent régulièrement pour discuter d'enjeux reliés à l'amélioration de l'intraprofessionnalisme.

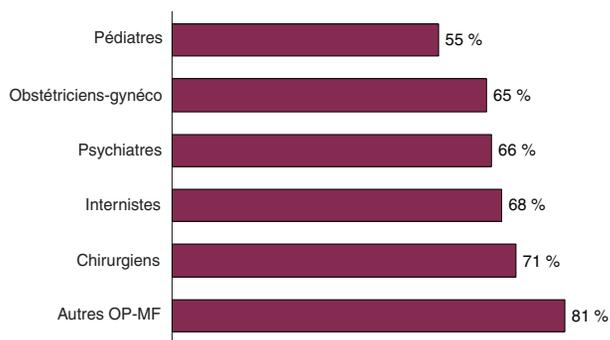
Avec l'aide de Santé Canada, le CACI a créé deux groupes de travail chargés d'étudier les questions de l'éducation, de la formation et de l'accréditation, sans oublier l'intraprofessionnalisme dans la pratique. On envisage d'en créer un troisième qui serait chargé d'étudier les compétences de base dans le contexte des quatre principes de la médecine familiale du CMFC et des rôles CanMEDS du CRMCC. Même si l'on est encore au stade de l'ébauche, le groupe a défini, en matière d'intraprofessionnalisme, trois compétences de base que l'on s'attendrait à retrouver chez tous les médecins.

L'élaboration de stratégies visant à faire connaître l'importance de cet enjeu pour l'avenir et pour les médecins en exercice demeure aussi une priorité, tout comme l'importance pour les OP–MF et les autres spécialistes de conjuguer leurs efforts de lobbying en la matière. L'amélioration de la communication entre médecins est jugée particulièrement pertinente, car elle pourrait réduire les risques et améliorer la sécurité des patients.

«Les membres doivent savoir que cette question préoccupe leurs organisations médicales nationales, qui souhaitent attirer davantage l'attention à cet égard», affirme le D^r Louise Samson, qui copréside le CACI avec son homologue du CMFC, le D^r Louise Nasmith.

«Le CACI poursuivra son travail afin d'améliorer la collaboration entre les médecins, d'offrir aux patients des soins sans interruption et d'améliorer la satisfaction professionnelle des médecins en exercice», confirme le D^r Nasmith.

Spécialistes avec qui les OP–MF collaborent régulièrement



Source : Sondage national auprès des médecins, 2007