



Innovation en soins primaires : Intégration des services de santé mentale dans les soins primaires

Novembre 2020

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA

CANADIAN
PSYCHOLOGICAL
ASSOCIATION



SOCIÉTÉ
CANADIENNE
DE PSYCHOLOGIE



Canadian Psychiatric Association
Association des psychiatres du Canada

© 2020 Le Collège des médecins de famille du Canada,
l'Association des psychiatres du Canada et la Société canadienne de psychologie

Tous droits réservés.

Ce contenu peut être reproduit en entier à des fins éducatives, personnelles et non commerciales seulement, avec mention conformément à la citation ci-après. Toute autre utilisation requiert la permission du Collège des médecins de famille du Canada, de l'Association des psychiatres du Canada et de la Société canadienne de psychologie.

Citation suggérée :

Collège des médecins de famille du Canada, Association des psychiatres du Canada et Société canadienne de psychologie.
Intégration des services de santé mentale dans les soins primaires. Ontario : Collège des médecins de famille du Canada,
Association des psychiatres du Canada et Société canadienne de psychologie ; 2020.



Introduction

Collaboration interprofessionnelle innovante pour améliorer l'accès aux services de santé mentale et la santé des patients

Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) est ravi de publier le quatrième numéro de la série de cas Innovation en soins primaires¹, qui vise à favoriser la collaboration, l'échange et l'apprentissage entre médecins de famille de différentes provinces et différents territoires.

Pour le présent numéro, le CMFC s'est associé à l'Association des psychiatres du Canada et à la Société canadienne de psychologie afin d'illustrer la meilleure façon d'influencer les résultats pour les patients, les fournisseurs et le système au moyen d'exemples d'innovations conçues pour faire face aux défis et obstacles courants à l'intégration des services de santé mentale^{2,3}. Le présent numéro s'intéresse tout particulièrement aux services psychologiques et psychiatriques dans les cliniques communautaires.

Les cabinets de médecine familiale sont souvent le premier point de contact pour les patients qui consultent en santé mentale. Actuellement, toutefois, bien des médecins n'ont pas le soutien,

les ressources ou le temps nécessaires pour traiter les patients atteints de maladies mentales ou pour répondre à la demande de services dans ce domaine.

Le CMFC estime que les services de santé mentale sont une composante cruciale des soins primaires en milieu communautaire et il appuie leur intégration. La prestation de soins complets, globaux et continus dispensés en collaboration par des équipes interprofessionnelles est un principe central de la vision du CMFC pour la pratique de la médecine familiale au Canada, vision qui s'incarne dans le Centre de médecine de famille (CMF)⁴. De plus amples renseignements sur la vision du CMF sont disponibles sur le site Web.

Les exemples offerts dans le présent numéro proviennent de la Nouvelle-Écosse, de la Colombie-Britannique, de l'Ontario, du Québec et du Manitoba. Ils démontrent comment des médecins de famille, des psychiatres, des psychologues et d'autres fournisseurs de soins de santé peuvent travailler ensemble à améliorer

l'accès aux services de santé mentale pour les patients dans leurs communautés :

- Regroupement des services de santé mentale et de soins primaires : En Nouvelle-Écosse, la Queens Family Health Team s'est donné les moyens d'intervenir plus efficacement auprès des patients ayant besoin de soins complexes en leur offrant des services de counseling en santé mentale dans un environnement qui leur est familier.
- Accès à du soutien et à des services pour les patients ayant des problèmes de santé mentale légers à modérés : Le modèle de soins de la Mood Disorders Association of British Columbia (MDABC) offre aux médecins de famille un « guichet unique » pour les services d'évaluation et de suivi en santé mentale. Ce modèle améliore l'efficacité et réduit les coûts par consultation.
- Accès à du soutien et à des services de santé mentale pour les patients souffrant à la fois de problèmes de santé mentale et de toxicomanie : En Ontario, les cliniques d'accès rapide pour le traitement de la toxicomanie (ARTT) sont dirigées par un psychologue et un médecin de famille en consultation avec des partenaires de la communauté, selon un modèle de soins intégrés. Ce réseau réalise des gains impressionnants, dont l'élimination des temps d'attente (c.-à-d. que les patients sont traités le jour même où ils se présentent en consultation), une réduction des visites à l'urgence liées à la consommation d'alcool et une augmentation du nombre de patients mis en relation avec d'autres services communautaires.
- Modèle de soins partagés : Au Québec, une équipe interprofessionnelle (médecins de famille, psychologues et travailleurs sociaux) utilise l'approche STAT-C en santé au travail pour la prise en charge des arrêts de travail imputables à des problèmes de santé mentale. Cette approche permet de remédier aux

lacunes dans la formation et illustre comment les soins partagés incitent les patients à jouer un rôle clé dans leur rétablissement.

- Services de santé mentale pour les patients autochtones : Un service de référence en psychiatrie s'est avéré bénéfique pour les communautés autochtones crie du Manitoba. Ce programme collaboratif a été créé pour mieux répondre à leurs besoins de soins de santé et composer avec les difficultés liées au roulement élevé du personnel médical.
- Services de santé mentale pour les jeunes : L'initiative Foundry en Colombie-Britannique offre aux jeunes des services intégrés de santé mentale et de toxicomanie basés sur une approche de soins échelonnés. Cette initiative a généré une augmentation significative du nombre de jeunes qui accèdent aux services, un taux élevé de satisfaction et des résultats positifs aux interventions.
- Communication/amélioration de l'admission en santé mentale : Sous la direction de son psychologue, la Huron Community Family Health en Ontario a mis au point un processus fiable et efficace pour l'admission en santé mentale. Ce processus fait appel à une ressource en ligne (l'appli Myndplan) pratique à utiliser à la fois pour les patients et l'équipe interdisciplinaire de fournisseurs de soins de santé. Les principaux bienfaits sont la réduction du délai causé par les listes d'attente et un meilleur jumelage thérapeute-patient.

Il est important de noter que les considérations et le contenu du présent numéro conjoint ont été déterminés avant le début de la pandémie de COVID-19 qui continue de sévir. Il ne fait aucun doute que des innovations en médecine familiale et en soins de santé mentale émergent rapidement de la pandémie et pourraient faire l'objet d'un numéro ultérieur.



Regroupement des services de santé mentale et de soins primaires

Le partage des soins de santé mentale en action : Expériences de la Queens Family Health Team en Nouvelle-Écosse

Qui a été impliqué ?

L'équipe était formée de quatre médecins de famille, une infirmière praticienne, une infirmière en médecine familiale, un thérapeute clinique, un travailleur social, une pharmacienne et du personnel d'accueil. Un psychiatre itinérant offrait chaque mois des services de consultation.

Qu'est-ce qui devait être amélioré ?

En créant son modèle de soins en collaboration, la Queens Family Health Team de Liverpool, en Nouvelle-Écosse, avait un objectif principal : le partage des soins de santé mentale. Jusque-là, l'accès aux services de santé mentale se faisait par référence. Il y avait peu de communication sur le terrain entre les fournisseurs de soins primaires et de soins de santé mentale, ce qui leur donnait l'impression de travailler en vase

clos. Le personnel, tant celui des soins primaires que celui des soins de santé mentale, estimait qu'il pourrait mieux répondre aux besoins de la population et faire preuve d'une plus grande souplesse dans la prestation des services en se regroupant sous un même toit.

Qu'est-ce qui a été fait ?

L'équipe a créé un modèle de soins dans lequel chaque fournisseur peut servir de pôle de référence pour les patients souhaitant obtenir du counseling.

Le personnel administratif donne aux patients un rendez-vous avec le conseiller en santé mentale, présent à la clinique pendant quelques plages horaires fixées à l'avance. Le contact initial et la majeure partie du counseling ont lieu dans la clinique même où les patients reçoivent leurs soins primaires. Les patients demeurent de cette manière dans l'environnement qui leur est familier, ce qui élimine un obstacle à l'accès aux services. Le conseiller en santé mentale peut consulter les dossiers médicaux électroniques (DMÉ) des patients ainsi que leurs fournisseurs de soins primaires. L'équipe peut ainsi établir le contexte et examiner la situation du patient avant ou après le counseling.

Quels sont les acquis ?

La capacité d'accéder aux soins rapidement et en toute fluidité a fait une énorme différence pour les patients. Les problèmes de santé mentale sont souvent associés à une foule de problèmes de santé. Les fournisseurs de soins primaires de la Queens Family Health Team sont dorénavant mieux équipés pour répondre aux consultations complexes et proposer une évaluation en temps opportun, dans un délai allant de quelques jours à quelques semaines, avec un collègue du domaine de la santé mentale en qui ils ont confiance. Auparavant, les patients étaient réticents à se déplacer pour aller à un rendez-vous de counseling ou rencontrer un fournisseur qu'ils n'avaient jamais vu dans un contexte clinique autre que celui qui leur était familier. Ils semblent maintenant beaucoup plus susceptibles d'accepter une première consultation lorsqu'elle se déroule dans un cadre familier et est organisée par du personnel qu'ils connaissent bien.

Le but du programme était surtout d'offrir une intervention à court terme avec le conseiller en santé mentale, qui travaille également dans le système officiel de référence en santé mentale. Le conseiller peut ainsi transférer les patients ayant des besoins plus complexes vers le système de soins officiel et/ou prendre des dispositions pour une consultation en psychiatrie. De même, les

fournisseurs de soins primaires peuvent encore référer des patients en psychiatrie si besoin est.

Qu'avons-nous appris ?

Tous les fournisseurs de soins de la clinique conviennent que c'est une meilleure façon d'offrir les services de santé mentale aux patients. Les principaux avantages et bienfaits sont les suivants :

- Les membres de l'équipe peuvent discuter des cas des patients et des objectifs de soins avec des collègues avec qui ils ont des relations de travail suivies et qu'ils voient régulièrement.
- La clinique peut offrir aux patients un accès en temps opportun à des services de soutien à un endroit qu'ils connaissent et où ils se sentent à l'aise.
- L'intensité des interventions peut être facilement réglée à la hausse ou à la baisse, selon la réponse du patient au traitement, et les fournisseurs de soins peuvent communiquer rapidement les uns avec les autres.

Pour de plus amples renseignements sur cette innovation, communiquez avec :

Andy Blackadar, MD, CCMF, FCMF

Queens Family Health, Liverpool (Nouvelle-Écosse)

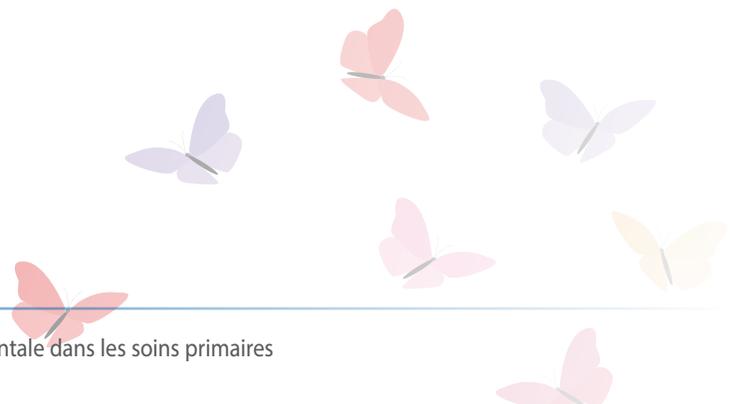
Courriel : ablackadar@ns.sympatico.ca

Personne-ressource de la section provinciale du CMFC :

Cathie Carroll, directrice générale

Collège des médecins de famille de la Nouvelle-Écosse

Courriel : ccarroll@nscfp.ca





Soutien et services pour les patients ayant des problèmes de santé mentale légers à modérés

Améliorer l'accès aux soins psychiatriques et offrir du suivi à long terme aux patients ayant des troubles anxieux et de l'humeur légers à modérés en Colombie-Britannique

Qui a été impliqué ?

La direction médicale et le personnel des cliniques psychiatriques de la Mood Disorders Association of British Columbia (MDABC).

Qu'est-ce qui devait être amélioré ?

Partout au Canada, les médecins de famille ont un accès limité, voire inexistant, à des services d'évaluation psychiatrique pour leurs patients ayant des troubles anxieux et de l'humeur légers à modérés. Face à ce problème, les services psychiatriques hospitaliers et les centres de consultation externe

en psychiatrie ont conçu des programmes d'accès rapide⁵. Ils offrent une évaluation psychiatrique rapide (normalement dans un délai de 24 heures à moins d'une semaine) assortie d'un nombre limité de visites de suivi (moins de cinq).

Pour les médecins de famille à l'horaire surchargé, ces programmes ont leur utilité, mais ils ne tiennent pas compte du fait que les troubles

anxieux et de l'humeur sont des maladies chroniques, avec rémissions et rechutes. À chaque rechute, le patient redevient le dernier de la liste et doit, encore une fois, être référé à un programme qui peut-être n'existe plus. Une nouvelle référence signifie une réévaluation par un nouveau psychiatre praticien. Ce genre de soins est inefficace et coûteux. Les rechutes éventuelles pourraient être évitées si des services de suivi psychiatrique à long terme étaient disponibles pour les patients et si, dans le cadre des soins dispensés, on répondait rapidement et plus tôt aux questions des médecins de famille concernant le traitement à long terme.

Qu'est-ce qui a été fait ?

Se basant sur le modèle de soins mis au point par la MDABC pour les troubles anxieux et de l'humeur légers à modérés en 2008, les cliniques de la MDABC ont commencé à offrir des services d'évaluation et de suivi psychiatriques pour les médecins de famille de la Colombie-Britannique.

Le modèle de la MDABC a démontré qu'en employant les plus récentes technologies (p. ex., échange de courriels entre patients, psychiatres et personnel administratif; programmes de prise de rendez-vous en ligne) et en utilisant de préférence le suivi en groupe, on pouvait faire quintupler le nombre de nouvelles consultations pour le quart des coûts générés par les soins psychiatriques dispensés dans les centres de santé mentale et/ou dans les cliniques psychiatriques privées⁶. De plus, le modèle a obtenu un taux de satisfaction élevé tant chez les patients que chez les médecins de famille⁷.

Une nouvelle évaluation datant de 2016 a révélé que les coûts liés à la prestation des soins en consultation externe diminuaient avec l'augmentation de leur utilisation : décembre 2015 : 411 \$/consultation; mai 2016 : 394 \$/consultation; décembre 2016 : 223 \$/consultation.

Cette réduction est d'autant plus impressionnante si l'on compare ces coûts à ceux dans les cliniques de consultation externe en milieu hospitalier en 2016, qui s'élevaient à 845 \$/consultation.

Le modèle a poursuivi son expansion depuis 2015 et offre un guichet unique pour les services de psychiatrie. Le patient fait l'objet d'une évaluation initiale pour déterminer s'il a effectivement un trouble anxieux ou de l'humeur et s'il souhaite recevoir un traitement. Les interventions offertes par les cliniques de la MDABC comprennent trois différents types de psychothérapie, la surveillance continue de la prise de médicaments, une intervention thérapeutique fondée sur les données probantes avec volets nutrition et exercice et la stimulation magnétique transcrânienne répétitive.

Quels sont les acquis ?

Le modèle de la MDABC est celui d'une clinique spécialisée (psychiatrie) unique en son genre hébergée par un organisme sans but lucratif. En Colombie-Britannique et au Canada, pratiquement tous les soins de santé sont dispensés dans le secteur public (p. ex., hôpitaux, autorités sanitaires, praticiens privés). Seule une toute petite partie des soins est dispensée dans le secteur privé (p. ex., centres chirurgicaux privés à but lucratif). Un important désavantage est que le financement des organismes sans but lucratif est tributaire des subventions extérieures ou des dons et que ces organismes ne disposent pas d'une source régulière de revenus comme la plupart des programmes financés par des fonds publics.

En 2015, l'accès à des soins psychiatriques sur référence d'un médecin de famille pour des troubles anxieux et de l'humeur légers à modérés était jugé bon. La clinique de la MDABC disposait d'un personnel adéquat en psychiatrie (3,1 ETP) et pouvait faire des évaluations et offrir du suivi pour 50 nouvelles consultations chaque semaine.

Malheureusement en 2016, la clinique a perdu 50 pour cent de son financement et, un an plus tard, elle ne pouvait plus maintenir son niveau de services. Cela illustre la dépendance à l'égard du financement extérieur (possiblement public) pour assurer le maintien de programmes d'une telle utilité.

Depuis quelques années, les bailleurs de fonds du secteur public (p. ex., autorités sanitaires) souhaitent à nouveau s'associer à des organismes sans but lucratif pour augmenter les services offerts. C'est une reconnaissance de certains gains d'efficacité qui résultent de l'externalisation de services qui, normalement, ne sont pas offerts dans leur domaine⁸.

Qu'avons-nous appris ?

En Colombie-Britannique, la création de réseaux de soins primaires (RSP) a pour but de répondre aux besoins des patients et de garantir l'accès à un médecin de famille. Les RSP facilitent l'accès à des interventions non médicales nécessaires (p. ex., physiothérapie, alimentation, etc.), à la consultation de spécialistes en temps opportun et à des soins continus. Le modèle de la MDABC semble être le service périphérique idéal pour les RSP, car il a la capacité d'offrir aux patients de la consultation psychiatrique, des soins de suivi à long terme et une variété d'interventions en santé mentale fondées sur les données probantes*. De tels liens correspondent parfaitement à la vision du voisinage médical du patient du CMFC, offrant un accès aux services tout en maintenant les liens avec les milieux de soins primaires⁹.

Nous avons encore beaucoup à apprendre, mais voici quelques enseignements tirés jusqu'ici :

- Aucun bailleur de fonds dans le secteur de la santé mentale ne peut garantir à lui seul la prestation de tous les services à tous les patients.
- Le renforcement de la coopération et de la collaboration entre les bailleurs de fonds publics et des organisations plus petites, comme les organismes sans but lucratif, offre des occasions uniques aux deux organisations, mais surtout à ceux qui reçoivent des services de ces organisations : les patients.
- Le modèle de la MDABC peut permettre de mieux comprendre comment les autres spécialistes médicaux et les fournisseurs de services non médicaux peuvent travailler ensemble à offrir des services plus efficaces et accessibles pour d'autres maladies chroniques (p. ex., démence, douleur chronique, etc.)

Pour de plus amples renseignements sur cette innovation, communiquez avec :

Ron Remick, MD, FRCP(C)

Mood Disorders Association of British Columbia, une division de la Lookout Housing and Health Society

Courriel : rremick@shaw.ca

*Pour continuer de recevoir à long terme des services par l'intermédiaire de la MDABC, le patient doit seulement assister à une consultation médicale en groupe d'une heure par période de 12 mois. En se conformant à cette exigence, il a un accès immédiat à l'ensemble des soins psychiatriques offerts par la MDABC en cas de rechute, ainsi qu'à tout nouveau programme offert (p. ex., exercice, nutrition, etc.).



Accès à du soutien et à des services de santé mentale pour les patients souffrant à la fois de problèmes de santé mentale et de toxicomanie

Le modèle de soins intégrés de la clinique d'accès rapide pour le traitement de la toxicomanie (ARTT) améliore l'accès au traitement et les résultats de santé en Ontario

Qui a été impliqué ?

D^{re} Kim Corace (psychologue clinicienne) et D^{re} Melanie Willows (médecin de famille) ont collaboré avec des partenaires du milieu hospitalier (c.-à-d. services d'urgence) et du milieu communautaire à la création d'une clinique d'accès rapide pour le traitement de la toxicomanie (ARTT). Cette clinique a été conçue, mise en œuvre et évaluée pour améliorer l'accès au traitement des problèmes de consommation d'alcool ou d'opioïdes, des problèmes de santé mentale et des problèmes de santé physique connexes. Les patients et les familles ont également été activement impliqués dans le développement de la clinique. Ils continuent de participer à des activités d'amélioration continue de la qualité et à l'évaluation des programmes.

Qu'est-ce qui devait être amélioré ?

La consommation problématique de substances est l'une des principales causes de maladie, de handicap et de mortalité. Au Canada, près de **14 000 décès associés à la consommation d'opioïdes** sont survenus de janvier 2016 à juin 2019¹⁰. En Ontario, les décès associés à la consommation d'opioïdes ont **augmenté de 70 pour cent** entre 2016 et 2018¹¹. L'alcool, de loin la substance la plus consommée par les Canadiens, a joué un rôle dans près de **15 000 décès** au Canada en 2014¹². En 2017 au Canada, il y a eu **chaque jour 17 hospitalisations liées à une intoxication aux opioïdes et 227 hospitalisations entièrement attribuables à l'alcool**¹³. Les passages aux urgences liés à la consommation d'alcool et d'opioïdes continuent également d'augmenter à un rythme alarmant^{11,14}.

Comparativement aux individus qui n'ont pas de problème de toxicomanie, les personnes qui font une consommation abusive d'alcool et/ou d'opioïdes sont plus susceptibles d'avoir des problèmes concomitants de santé mentale et physique. Malgré la prévalence de ces troubles et le fardeau qu'ils représentent, les patients ayant des problèmes concomitants de santé mentale et de toxicomanie font face à de nombreux obstacles pour accéder aux soins, obstacles en partie attribuables au cloisonnement des services entre les soins primaires, les soins de santé mentale et les soins de toxicomanie. Le traitement est fragmenté, les temps d'attente sont longs, et l'accès à des traitements fondés sur des données probantes est limité. Ces lacunes dans les soins font souvent que les patients passent (et repassent) aux urgences, ce qui alourdit le fardeau qui pèse sur le système de santé et contribue à de piètres résultats de santé.

Vu les besoins non comblés des patients ayant des problèmes concomitants de toxicomanie et de santé mentale, les coûts pour la société et l'impact sur l'état de santé des patients, il était nécessaire de mettre au point de nouveaux modèles de soins pour offrir l'accès en temps opportun à des traitements intégrés.

Qu'est-ce qui a été fait ?

En 2016, la clinique ARTT — une clinique multidisciplinaire sans rendez-vous offrant des soins intégrés qui a pignon sur rue dans un centre de santé mentale d'Ottawa, en Ontario — a été inaugurée. Cette clinique intègre les soins primaires, les soins de santé mentale et des services de toxicomanie afin de combler les lacunes du système, d'améliorer l'accès à des soins de qualité et les résultats des soins, de renforcer la capacité du système, d'accroître la collaboration et la coordination au sein du système (y compris les liens avec les soins primaires) et de faire diminuer le recours aux services d'urgence.

Le personnel comporte des médecins de famille, des psychologues, des psychiatres, des travailleurs sociaux, des conseillers en toxicomanie et un navigateur de système. La clinique met en œuvre une approche collaborative interinstitutionnelle en matière de soins, avec un accès rapide rendu possible via des cheminements transparents impliquant les services d'urgence, les organismes communautaires et les fournisseurs de soins primaires. Les services offerts comprennent les soins primaires, l'évaluation et le traitement des problèmes de consommation d'alcool et d'autres drogues (c.-à-d. gestion du sevrage alcoolique, traitement par agonistes des opioïdes), l'évaluation et le traitement en santé mentale, le dépistage et les soins pour les maladies infectieuses et des services de réduction des méfaits. La clinique offre également des services d'orientation des patients et sert de courroie de transmission pour les services communautaires.

La clinique ARTT offre chaque jour des heures de consultation sans rendez-vous. Les clients peuvent s'autoréférencer ou être référés par un fournisseur de soins primaires, un service d'urgence ou un organisme communautaire. Il n'y a pas d'attente. La clinique offre aux fournisseurs de soins primaires, aux psychiatres et aux psychologues des services de renforcement des capacités, de formation et de mentorat. Elle offre aussi des stages d'observation sur place et des ateliers pour

améliorer les compétences des fournisseurs de soins primaires en évaluation et traitement des problèmes de toxicomanie et de santé mentale. Des stages pour les résidents et les fellows en

soins primaires, psychologie et psychiatrie sont offerts pour former la relève. L'évaluation des programmes est intégrée dans le service clinique.

Quels sont les acquis ?

Évalués au moment de leur admission et après un suivi à 30 jours, les patients de la clinique ARTT ont donné des renseignements qui ont servi de mesures sur leurs caractéristiques sociodémographiques, leur consommation de substances, leur santé mentale et leur satisfaction globale. Ces données cliniques étaient recueillies via l'examen des dossiers médicaux.

Voici certains résultats et gains impressionnants :

- **Visites aux urgences (30 jours) :** Chez les patients suivis à la clinique ARTT, il y a eu une diminution de **82 pour cent des consultations/reconsultations dans les 30 jours** aux services d'urgence pour des problèmes liés à l'alcool. Il y a eu **une diminution globale de 10 pour cent des consultations et une diminution de 8,1 pour cent des reconsultations**¹⁵.
- **Temps d'attente :** Depuis le lancement de la clinique ARTT en 2016, il n'y a plus d'attente pour les services. Les patients sont traités le jour même.
- **Toxicomanie et santé mentale :** Lorsqu'ils se présentaient à la clinique ARTT, les patients déclaraient une consommation nocive et dangereuse d'alcool (**90 pour cent**), une polytoxicomanie (**85 pour cent**), une consommation de drogue modérée à forte (**43 pour cent**) et des symptômes modérés à graves de dépression (**77 pour cent**) et d'anxiété (**69 pour cent**). Lors de la visite de suivi, les clients disaient avoir réduit leur consommation d'opioïdes, d'alcool, de cannabis et de cocaïne et avoir constaté une amélioration de leurs symptômes de dépression et d'anxiété ($p < 0,05$)¹⁶.
- **Contacts :** **61 pour cent** des patients étaient en contact avec d'autres services communautaires¹⁵.
- **Satisfaction des patients :** Le niveau de satisfaction était élevé (**99 pour cent**). Les patients déclaraient avoir reçu le type d'aide qu'ils souhaitaient (**98 pour cent**) et qu'on avait répondu à la plupart, sinon à la totalité, de leurs besoins (**94 pour cent**)¹⁶.
- **Renforcement des capacités :** Les fournisseurs de soins primaires ont augmenté leur capacité à servir leurs patients ayant des problèmes de toxicomanie et de santé mentale.
- **Application des connaissances :** Le modèle ARTT peut être adapté à d'autres régions pour améliorer l'intégration des soins primaires et de santé mentale de même que l'état de santé des patients. Pour faciliter son adoption dans d'autres régions, le travail qui a mené à la création du modèle a fait l'objet d'une diffusion provinciale, nationale et internationale, ainsi que de présentations et publications révisées par des pairs.



Qu'avons-nous appris ?

L'évaluation de la clinique ARTT a démontré que l'intégration des soins primaires, des soins de santé mentale et des services de traitement de la toxicomanie comblait une importante lacune du système. Cette intégration a fait augmenter l'accès aux soins, a amélioré les résultats de santé et a fait diminuer le recours aux services d'urgence.

Parmi les principaux enseignements retenus, on note les suivants :

- Un leadership fort, assuré conjointement par un médecin de soins primaires et un psychologue clinicien, est crucial à une intégration réussie des activités liées aux soins primaires et à la santé mentale.
- Des partenariats collaboratifs et interprofessionnels au sein de l'organisation sont importants pour faciliter la coordination du système et combler les lacunes : nous n'irons nulle part si nous ne travaillons pas ensemble.
- Des cheminements transparents dans le continuum de soins sont nécessaires pour permettre un accès rapide aux soins. Le système doit assurer une prise en charge intégrée du patient et non pas le laisser naviguer seul dans le système.
- Un engagement actif de personnes ayant vécu l'expérience des soins (c.-à-d. les patients et leurs familles) est essentiel pour faire une évaluation représentative, améliorer la qualité, dispenser les services et modifier le système.
- Une évaluation continue est d'une importance cruciale pour guider nos efforts, répondre aux besoins changeants des patients et développer efficacement nos services.
- Les efforts pour faire changer le système peuvent être laborieux ; nous concentrer sur nos buts communs (c.-à-d. le soin des patients) nous aidera à aller de l'avant.

Pour de plus amples renseignements sur cette innovation, communiquez avec :

Kim Corace, PhD, C.Psych

Vice-présidente, Innovation et transformation
Centre de santé mentale Royal Ottawa

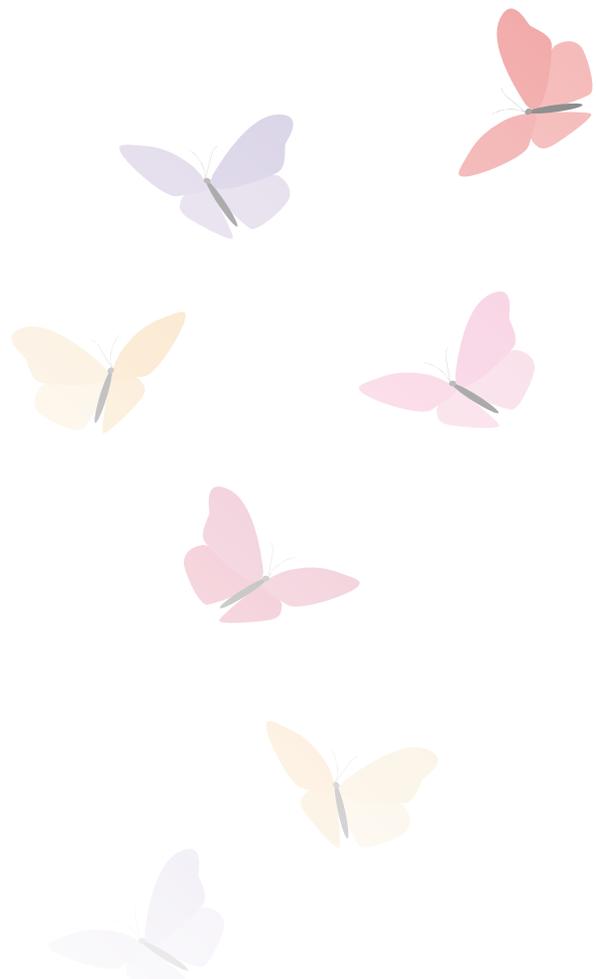
Professeure agrégée, Psychiatrie
Université d'Ottawa

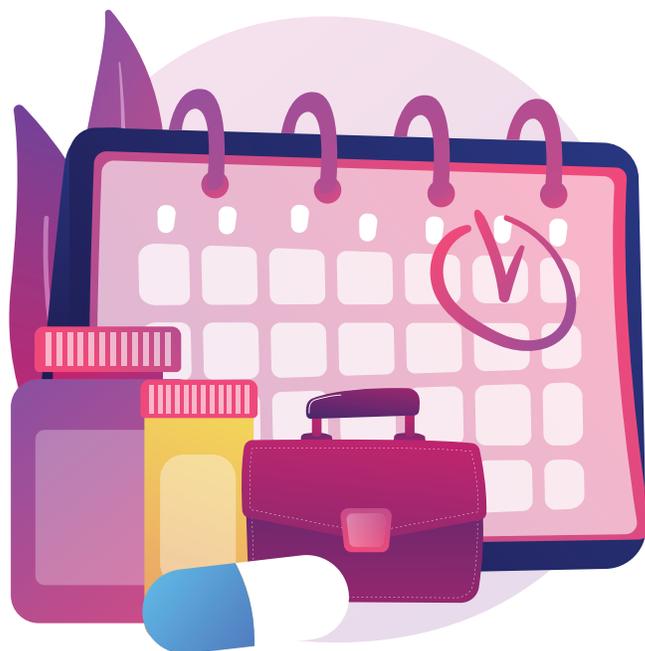
Courriel : Kim.Corace@theroyal.ca

Melanie Willows, MD, CCMF (MT), CCSAM, DABAM

Directrice clinique
Centre de santé mentale Royal Ottawa
Professeure adjointe, Médecine familiale
Université d'Ottawa

Courriel : Melanie.Willows@theroyal.ca





Modèle de soins partagés pour la prise en charge de la santé au travail

Gestion collaborative des arrêts de travail en raison de problèmes de santé mentale : l'approche STAT-C en santé mentale au Québec

Qui a été impliqué ?

Ce projet découle d'une formation développée pour un congrès scientifique tenu en mai 2016 au Département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université Laval. Quatre membres du Regroupement des psychologues et travailleurs sociaux enseignants en UMF se sont associés à un médecin de famille pour concevoir un atelier sur la collaboration interprofessionnelle dans la prise en charge des arrêts de travail liés à un trouble de santé mentale. L'équipe initiale se composait d'un psychologue, d'un médecin de famille et de trois travailleurs sociaux.

Une revue de littérature exhaustive a été effectuée et des experts ont été consultés. D'autres améliorations ont ensuite été apportées à l'atelier, et l'approche a généré des demandes de partage à l'échelle locale, régionale et provinciale.

Qu'est-ce qui devait être amélioré ?

Chaque semaine, des médecins de famille rencontrent des patients qui doivent s'absenter de leur travail en raison de problèmes transitoires de santé mentale. Trente à 50 pour cent des arrêts de travail sont attribuables à ces problèmes (troubles d'adaptation, troubles d'anxiété, dépressions)¹⁷. Cela représente presque 70 pour cent des coûts de l'incapacité de courte durée¹⁸. En 2020, selon les estimations de l'Organisation mondiale de la Santé, la dépression serait devenue la deuxième cause d'invalidité dans le monde¹⁹.

Toutefois, dans une forte proportion, les médecins ont une connaissance limitée des paramètres liés au travail^{20,21}. En fait, ils n'ont aucune formation spécifique en planification des arrêts de travail, n'ont pas de protocoles ni de lignes directrices pour le traitement dans ce domaine et n'ont pas facilement accès aux recommandations en médecine du travail. Dans l'actuel climat politique, qui exige que les patients soient vus rapidement et qui pousse les médecins à prendre en charge de plus en plus de patients, le travail en équipes interprofessionnelles s'avère un outil crucial si l'on veut que le temps et les ressources soient utilisés pour le plus grand avantage de la population.

C'est à la lumière de ces faits que l'approche STAT-C en santé mentale (suivi thérapeutique d'un arrêt de travail en collaboration interprofessionnelle) a été élaborée.

Qu'est-ce qui a été fait ?

En l'absence de consensus et de directives pratiques claires pour la gestion interprofessionnelle des arrêts de travail en raison de problèmes de santé mentale, l'approche STAT-C constitue une solution de rechange. Elle vise à s'assurer que la période d'arrêt est concentrée sur le rétablissement, et elle permet au travailleur de comprendre ce qui affecte sa santé mentale et

d'élaborer des stratégies pour favoriser son retour au travail et prévenir les rechutes.

L'approche conçoit le retour au travail comme faisant partie du rétablissement. Le cheminement s'articule autour de trois phases de traitement : crise et compréhension, prise de conscience et application des stratégies, et préparation du retour au travail²². L'intervention est offerte par une équipe interprofessionnelle qui inclut le médecin de famille et un intervenant psychosocial.

À chaque phase, le travailleur, le médecin et l'intervenant ont des tâches à réaliser.

L'implication active de la personne en arrêt de travail est au cœur du traitement et favorise la reprise de pouvoir sur sa situation. Divers outils soutiennent l'évaluation et le cheminement : grille de réflexion du travailleur ; liste des stressseurs ; traitement interprofessionnel d'un arrêt de travail thérapeutique pour trouble de santé mentale commun ; évaluation médicale du travailleur ; évaluation par le travailleur social à l'UMF ; et guide des symptômes dépressifs versus l'atteinte fonctionnelle²³.

Compte tenu du degré de satisfaction des participants et des besoins en matière de formation, D^{re} Cynthia Cameron et M^{me} Annie Plamondon ont été invitées à présenter l'atelier à plusieurs reprises. Cette approche fondée sur les données probantes n'a pas encore été scientifiquement validée. Cependant, l'expérience clinique a été convaincante et a permis d'atteindre les objectifs fixés. La rétroaction formulée par les médecins de famille et les intervenants psychosociaux lors des présentations confirme que le contenu est pertinent et répond à leurs besoins en matière de formation et d'amélioration de leur pratique clinique.

Quels sont les acquis ?

- Une revue de littérature exhaustive qui est régulièrement mise à jour
- Une meilleure connaissance des outils pour évaluer et prendre en charge le patient et assurer le suivi de ses progrès
- Une évaluation plus complète du travailleur et la capacité de faire ressortir les obstacles qui ont mené à l'arrêt de travail
- Une meilleure connaissance des tâches médico-administratives associées aux arrêts de travail
- Une meilleure collaboration entre toutes les parties prenantes : patient, médecin, professionnels de la santé, assureur, employeur

Qu'avons-nous appris ?

Le travail doit être au centre des discussions avec le patient dès le début de l'arrêt de travail. En outre, l'approche conçoit le retour au travail comme faisant partie intégrante du rétablissement en santé mentale, et non comme son objectif final. Reprendre conscience des avantages du travail contribue souvent à un rétablissement complet.

Les fournisseurs de soins de santé mentale et de soins primaires doivent dépasser les consultations individuelles centrées sur la psychopathologie et le traitement médical (des symptômes) et adopter une approche intégrée de la santé au travail. Cela signifie qu'ils doivent tenir compte des situations au travail qui peuvent avoir contribué à la détérioration de la santé psychologique.

La collaboration interprofessionnelle et la communication permettent de partager la charge de travail et de soutenir le patient dans son cheminement et dans le rôle clé qu'il joue dans son propre rétablissement.

Acquérir une meilleure connaissance des milieux de travail et des conditions associées aux assureurs permettra aux médecins et autres professionnels de la santé d'aider le patient à remplir les formalités administratives associées à son arrêt de travail.

Pour de plus amples renseignements sur cette innovation, communiquez avec :

Cynthia Cameron, MD

Annie Plamondon, TS (travailleuse sociale, psychothérapeute)

GMF-U de Lévis, CISSS Chaudière Appalaches

Courriel : cynthia.cameron@fmed.ulaval.ca

Courriel : Annie_Plamondon_csssgl@ssss.gouv.qc.ca

Personne-ressource de la section provinciale du CMFC :

Nicole Cloutier, directrice générale

Collège québécois des médecins de famille

Courriel : info@cqmf.qc.ca





Services de santé mentale pour les patients autochtones

Relier les services de santé mentale aux services de soins primaires pour les adultes dans les communautés autochtones cries du Manitoba

Qui a été impliqué ?

Ce projet était une collaboration entre la clinique Natawiwewak, les dirigeants autochtones, le Département de psychiatrie de l'Université du Manitoba et quatre communautés autochtones cries du nord du Manitoba : Nation crie de Manto Sipi (God's River), Nation crie de Manto Sagihekan (God's Lake Narrows), Nation crie de Bunibonibee (Oxford House) et Nation crie de Chemawawin (Easterville)²⁴.

Qu'est-ce qui devait être amélioré ?

Pour de nombreuses raisons, les services de santé mentale destinés aux adultes vivant dans les communautés autochtones cries du nord du Manitoba sont limités, mal intégrés et mal coordonnés. Les soins de santé mentale sont assurés par des fournisseurs de soins primaires itinérants qui, dans bien des cas, ne se sentent pas à l'aise de prendre en charge des problèmes de santé mentale graves et dont les services peuvent

être sporadiques et peu fréquents. Il existe des programmes communautaires, mais ils ne disposent pas des ressources appropriées pour prendre en charge les maladies mentales graves et sont habituellement mal intégrés aux services médicaux. Les lacunes au niveau des soins causent de la souffrance inutile chez les patients ; le sous-diagnostic et le sous-traitement des maladies mentales et la détérioration de la santé portent préjudice aux personnes, à la population et au système. Comme l'accès aux services est limité et

que les personnes ne reçoivent pas le traitement dont ils ont besoin, les populations sont plus malades et le système dépense plus de temps et d'argent en soins d'urgence et hospitaliers lorsque des crises éclatent.

Les maladies mentales graves et les taux de suicide élevés sont des problèmes très inquiétants dont les répercussions touchent l'ensemble de la communauté et peuvent s'étendre aux communautés avoisinantes. Sans le soutien adéquat, les fournisseurs de soins de santé peuvent hésiter à offrir un traitement à une personne qui en a besoin et peuvent être, généralement, moins enclins à travailler dans ces communautés.

Qu'est-ce qui a été fait ?

Un service de référence en psychiatrie a été créé avec du financement de Santé Canada. Le programme a été lancé en juillet 2019 dans les quatre communautés autochtones cries, dont la population va de 820 à 2600 habitants. Trois d'entre elles sont accessibles uniquement par avion. Les soins de santé sont dispensés dans des postes de soins infirmiers, par des médecins de famille et des infirmières praticiennes ou autorisées sous la supervision à distance d'un médecin. Quelques spécialistes (p. ex., des dentistes) assurent des soins sur les réserves. Autrement, les patients ont des rendez-vous en téléconsultation ou ils prennent une navette aérienne pour aller recevoir des soins. Les prescriptions arrivent chaque semaine par avion et le poste de soins infirmiers conserve une réserve minimale de médicaments de secours/d'urgence.

Le service de psychiatrie accepte les demandes de référence faites par les médecins, les infirmières, les travailleurs en santé mentale et les autres intervenants communautaires. Le service est assuré selon un modèle hybride, qui comporte des visites de personnel itinérant dans les communautés environ trois fois par année et des cliniques mensuelles de télémédecine entre les visites. L'équipe de psychiatrie offre des services de consultation et des soins de suivi et assure la liaison avec le personnel des soins primaires et les autres professionnels de la santé affiliés présents dans la communauté, selon le cas. Les cliniciens en santé mentale en poste dans

chaque communauté offrent du soutien et assurent la surveillance de l'observance thérapeutique et du bien-être mental. Présents dans la communauté une ou deux fois par mois, les cliniciens sont un maillon de la continuité des communications entre les psychiatres, les fournisseurs de soins primaires, les patients et leurs familles, les autres services communautaires et les hôpitaux. Les cliniciens offrent également un programme de jour d'une durée d'une semaine à partir de Winnipeg, un programme qui offre de la psychoéducation et du développement d'aptitudes pour traiter les comportements suicidaires, l'anxiété et la dépression.

Quels sont les acquis ?

Entre son lancement en juillet 2019 et la fin de février 2020, le programme a réalisé six visites itinérantes et 15 cliniques de télésanté. Voici quelques-uns des succès réalisés à ce jour :

- Accès aux soins psychiatriques : Cinquante-sept patients évalués et pris en charge par une équipe ont eu accès à des services de santé mentale de qualité supérieure.
- Établissement de relations de collaboration : L'équipe travaille à renforcer les relations qu'elle a établies avec le personnel médical et les autres intervenants communautaires locaux, et s'efforce de déterminer comment optimiser les champs de pratique et de définir les meilleures façons de collaborer dans un contexte où le taux de roulement du personnel est élevé.
- Expansion des services : Des cliniciens en santé mentale ont été embauchés pour soutenir l'équipe de psychiatrie et fournir davantage de soutien et d'interventions en bien-être mental dans la communauté.
- Identification des possibilités d'amélioration de la qualité : Le travail clinique ainsi que l'implication des autres membres du personnel de santé dans la communauté permettent de trouver des façons possibles d'améliorer les soins. Les exemples vont des stratégies de prise de rendez-vous (bien des gens n'ont pas de téléphone) à la surveillance de l'utilisation des solutions injectables à longue durée d'action.

- Bases de l'éducation et du renforcement des capacités : Au fur et à mesure que l'on détermine les domaines qui nécessitent des améliorations et que l'on observe les variations dans le niveau de confort et de compétence des intervenants pour prendre en charge la maladie mentale, des initiatives pédagogiques sont créées à l'intention des divers membres du personnel de santé dans le but de renforcer les capacités pour mieux intégrer et prendre en charge la santé mentale communautaire.

Qu'avons-nous appris ?

- L'implication des intervenants et la planification concertée sont essentielles : Avant de créer un nouveau service dans un environnement bien établi, il faut recueillir de l'information sur le contexte préalable au programme et sur son adaptabilité aux rôles et processus existants. Il est également indispensable de comprendre les facteurs historiques, culturels, socioéconomiques et politiques présents au sein des communautés. L'implication des intervenants est nécessaire au déploiement réussi du programme. Dans les communautés où les choses ont été faites correctement, la mise en œuvre a été plus facile.
- Il est essentiel de définir clairement les rôles et de collaborer, mais c'est difficile : Dans les communautés éloignées, les fournisseurs de soins sont de passage ; leur compétence et leur champ de pratique varient, et ces écarts font obstacle à la collaboration. Il faut investir de l'énergie dans l'établissement de solides relations avec les dirigeants et les membres des communautés et tous les membres du personnel de santé. Il est également nécessaire de faire preuve de souplesse pour travailler malgré les différentes compétences des membres de l'équipe.
- Travailler au sein d'équipes supervisées par de multiples structures de financement et structures redditionnelles pose des défis : Le personnel de santé dans ces communautés est supervisé et financé par plusieurs entités, ce qui a engendré des défis en ce qui concerne les lieux de pratique, la collaboration, la confidentialité et le partage

d'information, l'obligation redditionnelle et la capacité à améliorer les processus. Des changements sont nécessaires au sein du personnel géré par différentes structures. Trouver des objectifs communs et clarifier les structures redditionnelles peut aider à surmonter ces défis.

- La stigmatisation existe à différents niveaux, et il faut mettre en œuvre des efforts pour la surmonter : La stigmatisation est présente envers ceux qui sont aux prises avec la maladie mentale, envers le programme, entre les fournisseurs de soins de santé et au sein des communautés. Les efforts pour résoudre ces problèmes se poursuivent par des initiatives d'éducation communautaire, l'établissement de relations, l'adaptation aux besoins de la communauté et la possibilité de dégager des retombées positives.

Pour de plus amples renseignements sur cette innovation, communiquez avec :

Jennifer Hensel, MD, MSc

Département de psychiatrie,
Université du Manitoba

Courriel : jhensel@hsc.mb.ca

Cory Kowal, MD

Département de psychiatrie,
Université du Manitoba

Courriel : ckowal3@manitoba-physicians.ca





Services de santé mentale pour les enfants et les jeunes

Innovation en matière de services de santé pour les jeunes en Colombie-Britannique : Foundry BC

Qui a été impliqué ?

En 2014, la proposition *Transforming Access to Health and Social Services for Transition Aged Youth (12-15) in BC* était soumise au Comité permanent spécial de l'enfance et de la jeunesse par une équipe de l'Hôpital St. Paul's. La proposition prônait la création d'un réseau de centres de santé et de services sociaux à la grandeur de la province dans le but d'offrir aux jeunes britannico-colombiens des services intégrés de toxicomanie et de santé mentale²⁵. Avec un engagement de contrepartie du gouvernement de la Colombie-Britannique, la Fondation Graham Boeckh et la Fondation de l'Hôpital St. Paul's se sont entendues en 2015 pour financer la planification initiale en vue de la création d'un réseau de centres. Le projet a par la suite obtenu des engagements de financement de la part de la Fondation Michael-Smith pour la recherche en santé. Les bailleurs de fonds ont créé un conseil de gouvernance avec la promesse de mettre sur pied l'Initiative des services intégrés pour les jeunes en Colombie-Britannique, ancêtre du réseau Foundry.

Qu'est-ce qui devait être amélioré ?

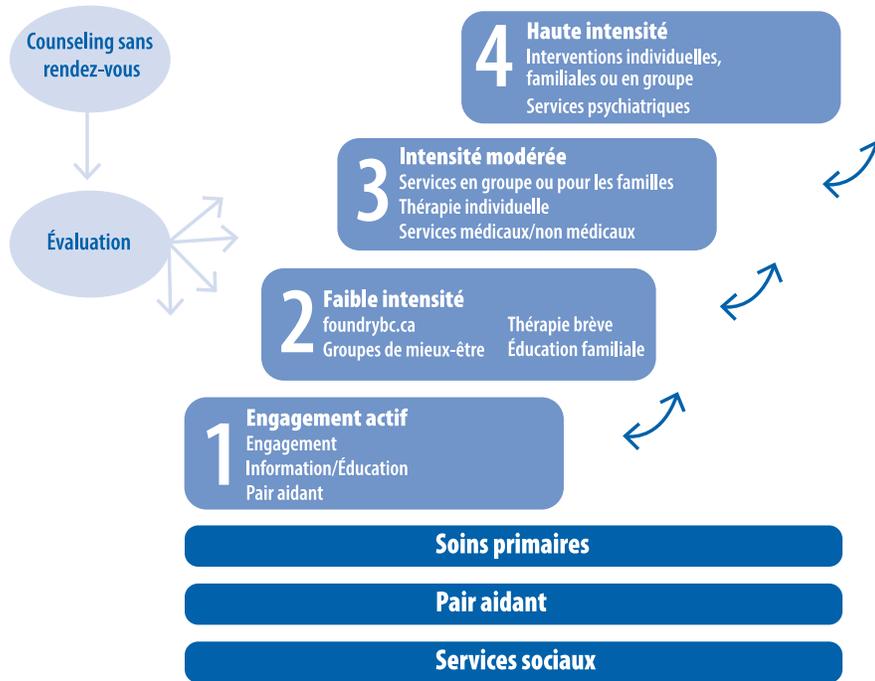
Au Canada, la maladie mentale touche environ un jeune sur quatre. De tous les groupes d'âge, c'est chez les 12 à 24 ans que l'incidence est la plus élevée²⁶. Moins de 50 pour cent des jeunes ayant un trouble lié à la consommation de substances auront accès à des services de santé mentale ou

de toxicomanie²⁷. Le rapport *Still Waiting : First-hand Experiences with Youth Mental Health Services in BC* soumis par la représentante de l'enfance et de la jeunesse de la Colombie-Britannique en avril 2013 soulignait un thème récurrent : le manque d'accès et d'intégration des services existants pour les jeunes²⁸.

Qu'est-ce qui a été fait ?

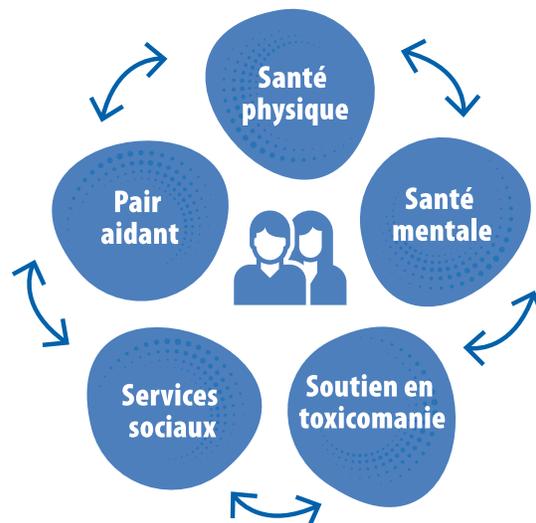
Lors de la mise au point de son modèle, Foundry s'est inspiré du réseau australien *headspace*²⁹, un réseau intégré de cliniques de services pour les jeunes fondé sur les données probantes. Il s'agit d'une approche de soins échelonnés (Figure 1) qui comporte plusieurs cheminements cliniques adaptés à l'intensité des services requis par les jeunes et leurs familles en fonction de leurs besoins. Selon le cadre de prestation intégrée des services (Figure 2) adopté par Foundry, les jeunes, les familles et les professionnels de la santé exerçant dans différents domaines travaillent ensemble pour favoriser le rétablissement³⁰.

Figure 1. Modèle de soins échelonnés de Foundry



© Foundry. Reproduction autorisée.

Figure 2. Services de base offerts par Foundry



© Foundry. Reproduction autorisée.

Foundry a ouvert son premier centre, qui s'appelait alors Granville Youth Health Centre, en mars 2015 dans le centre-ville de Vancouver. Après une phase de validation de principe réussie et une demande de propositions lancée à l'échelle de la province, Foundry a conclu des ententes avec des organismes chefs de file de cinq communautés de la province (Abbotsford, Campbell River, Kelowna, Prince George et Vancouver Nord). En mars 2018, cinq nouveaux centres Foundry avaient ouvert leurs portes. Un organisme chef de file est un organisme offrant déjà des services de santé et/ou des services sociaux pour les jeunes au sein d'une communauté. En s'associant à Foundry, l'organisme reçoit du soutien financier pour élargir ses services conformément au modèle de service de Foundry.

Avec le soutien du bureau central de Foundry — une équipe qui supervise tous les centres —, chaque centre établit des partenariats avec des fournisseurs locaux de services communautaires afin de regrouper les services destinés aux jeunes sous un même toit.

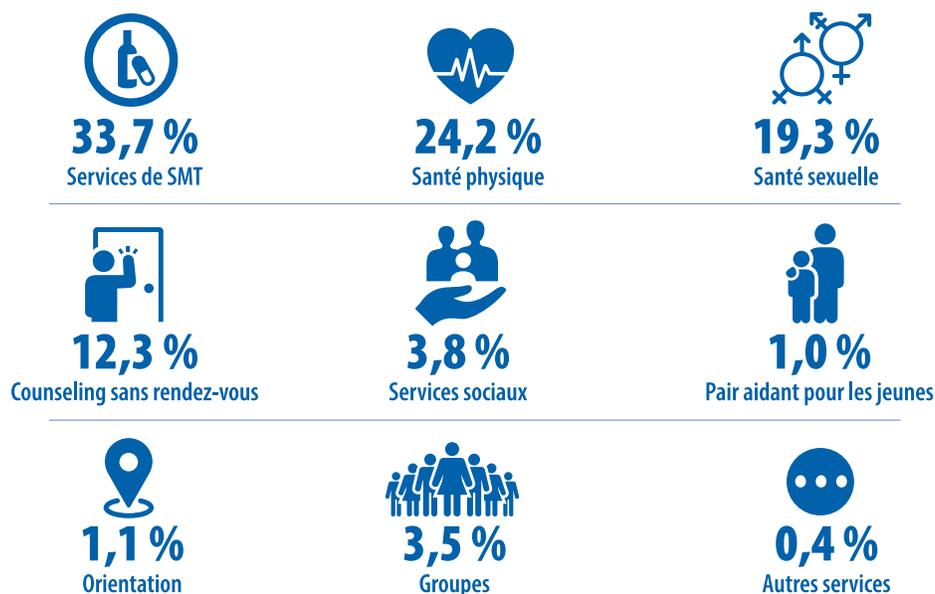
Les services des centres Foundry sont complétés par le site Web Foundrybc.ca³¹. Ouverte en janvier 2018, cette plateforme en ligne oriente les jeunes et leurs familles vers les services, ressources et informations à leur disposition.

En 2018, Foundry annonçait l'implantation de centres dans cinq communautés additionnelles : Penticton, Richmond, Ridge Meadows, Terrace et Victoria. En 2019, le gouvernement provincial publiait *A Pathway to Hope*³². Dans ce document, il annonçait l'octroi de fonds pour élargir le réseau à huit autres communautés, la première étape de sa vision à horizon de 10 ans pour s'attaquer aux problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Foundry a reçu 40 demandes de communautés de la Colombie-Britannique qui souhaitaient ouvrir un centre. À la suite d'un rigoureux processus de sélection, les communautés de Burns Lake, Comox, Kimberly-Cranbrook, Langley, Port Hardy, Squamish, Surrey et Williams Lake ont été invitées à se joindre au réseau.

Quels sont les acquis ?

- Hausse du nombre de jeunes accédant aux services : Foundry a fourni des services (décrits à la Figure 3) à 13 407 jeunes usagers. Jusqu'à présent, on a dénombré 51 717 visites et 65 565 services. À la question « Où auriez-vous accédé aux services sans Foundry ? », 44 pour cent des jeunes ont répondu « Nulle part ».

Figure 3. Utilisation par type de service (n = 65 565)



© Foundry. Reproduction autorisée

- Haut niveau de satisfaction chez les jeunes à l'égard des services, des centres et de l'approche : Le niveau de satisfaction à l'égard de Foundry était élevé (94 pour cent des usagers se disant fortement en accord ou en accord). La plupart des jeunes ont dit se sentir très à l'aise avec les services de Foundry (91 pour cent) et se sentir accueillis (93 pour cent). Ils ont indiqué que le personnel était respectueux (92 pour cent), centré sur les jeunes (92 pour cent) et axé sur les forces (88 pour cent). Quarante-vingt-cinq pour cent des jeunes ont déclaré qu'ils recommanderaient Foundry à un ami ou à un membre de leur famille.
- Résultats positifs des interventions : Les conclusions initiales montrent des résultats prometteurs pour ce qui est d'améliorer l'expérience des soins vécue par les jeunes et d'obtenir des résultats positifs. Les jeunes ont eu le sentiment que l'on prenait au sérieux leurs points de vue et préoccupations (96 pour cent), que le personnel les écoutait (95 pour cent) et qu'il leur parlait de manière à ce qu'ils comprennent (95 pour cent). Les jeunes qui ont participé à l'évaluation des services sans rendez-vous ont obtenu des résultats positifs tant sur le plan de leur expérience pendant la séance de counseling que de l'amélioration autoévaluée de leur fonctionnement au cours des deux semaines qui ont suivi la séance.
- Accès accru aux informations en ligne sur la santé : Conformément au cadre de soins échelonnés de l'organisme, le site Web de Foundry fournit des informations sur la santé et oriente les visiteurs vers les ressources disponibles. Plus de 371 670 visiteurs ont consulté le site Web, pour un total de 1,45 million de pages visionnées. Le contenu informationnel s'étend à des domaines comme la santé mentale, la consommation de substances, les saines habitudes de vie et les défis de la vie quotidienne. Foundry promeut également l'information sur la santé via les réseaux sociaux interactifs.

Qu'avons-nous appris ?

- Pour réussir l'intégration et établir des relations, il faut définir un terrain d'entente et une vision commune. En tout, les centres Foundry ont établi plus de 200 partenariats communautaires à la grandeur de la Colombie-Britannique. Chaque partenariat est

basé sur la compréhension mutuelle d'un objectif commun : offrir aux jeunes les meilleurs services possibles. L'intégration des services repose sur le partenariat et la collecte de données significatives ; aucune organisation ne peut, à elle seule, y parvenir.

- Pour offrir des services intégrés efficaces, il est essentiel de faire participer activement les jeunes et leurs familles. Le but de l'intégration des services est de soutenir les jeunes et leurs familles. Sans leur perspective, ce n'est pas possible. Chacun des aspects de Foundry — de la conception des centres à l'orientation de l'organisation, en passant par les décisions d'embauche — s'appuie sur le leadership des jeunes et de leurs familles. Les initiatives visant l'intégration des services aux jeunes doivent favoriser en priorité la participation de ces groupes.
- Dans les centres Foundry, l'espace facilite l'intégration, car tout en hébergeant tous les services sous un même toit, il permet la collaboration au sein du personnel. Le personnel considère la création de cheminements de soins clairs et les possibilités de collaboration interservices et intersystèmes qui découlent du fait d'être « sous un même toit » comme des indicateurs de la transformation du système.

Pour de plus amples renseignements sur cette innovation, communiquez avec :

D^{re} Skye Barbic (directrice scientifique) et D^r Steven Mathias (directeur général)

Autres contributeurs : Dre Karen Tee, D^r Warren Helfrich, Andrew Tugwell, Michelle Cianfrone, Marco Zenone

Organisation : Foundry

Courriel : skye.barbic@ubc.ca

Courriel : smathias@foundrybc.ca

Personne-ressource de la section provinciale du CMFC :

Toby Achtman, directrice générale

Collège des médecins de famille de la Colombie-Britannique

Courriel : toby.achtman@bccmf.bc.ca



Surmonter le cloisonnement entre les disciplines et améliorer les temps d'attente pour les références, la consultation et l'évaluation des patients par la communication

Améliorer le processus d'admission en santé mentale : Intégration d'outils en ligne basés sur les données probantes dans un milieu de soins primaires en Ontario

Qui a été impliqué ?

La Huron Community Family Health Team se compose de médecins, d'infirmières praticiennes, d'adjoints au médecin, d'infirmières autorisées et de personnel administratif ainsi que de l'indispensable équipe de thérapeutes en santé mentale.

Qu'est-ce qui devait être amélioré ?

La Huron Community Family Health Team est un centre médical de soins primaires dans la communauté rurale de Seaforth, en Ontario, qui comporte également deux cliniques satellites. L'équipe de santé mentale était auparavant composée de trois travailleurs sociaux cliniques et d'un psychologue clinicien, tous travaillant à temps partiel. Elle faisait face à un flot constant de références et à une liste d'attente qui s'allongeait rapidement et allait bientôt atteindre six mois.

L'évaluation préliminaire de l'intervention exigeait une attention particulière parce que l'équipe fonctionnait selon un modèle d'intervention échelonné en raison de ses ressources thérapeutiques limitées. Pour faire le bon choix parmi les traitements ciblés validés empiriquement, il faut déterminer avec une plus grande précision le type et la gravité des symptômes. Les outils d'évaluation fondés sur des données probantes sont fortement recommandés dans de telles circonstances³³. Cependant, l'utilisation et la notation peuvent être dispendieuses

et, en outre, les résultats doivent être interprétés par un expert. Ces aspects peuvent contribuer à l'opinion défavorable que suscitent ces outils, en particulier chez les travailleurs sociaux et les autres conseillers non psychologues³⁴. Des outils d'évaluation conviviaux étaient requis pour favoriser un processus d'admission plus standardisé et réduire la liste de patients en attente.

Qu'est-ce qui a été fait ?

Le psychologue de l'équipe a conçu Myndplan³⁵, un inventaire d'évaluation exhaustif de la santé mentale dont le questionnaire peut être rempli en ligne.

En plus de donner aux clients accès à leurs résultats, l'application comporte un portail des cliniciens qui autorise tout fournisseur de soins approuvé par le patient à consulter ses renseignements.

Des procédures ont été élaborées pour intégrer cette ressource à un nouveau processus d'admission dont les caractéristiques sont les suivantes :

- Le personnel médical est formé pour envoyer via les DMÉ un message d'alerte au personnel administratif afin de l'informer d'une référence et de lui fournir l'adresse courriel du patient concerné.
- Un lien est alors envoyé par courriel au patient avec les directives pour créer un compte Myndplan ; si le patient n'a pas d'adresse courriel, on lui en fournit une pour qu'il puisse entamer le processus.
- Au cabinet, des tablettes sont mises à la disposition des patients qui n'ont pas accès à leurs courriels ou à un ordinateur. Si le patient ne sait pas très bien comment utiliser une tablette, le personnel lui offre soutien et conseils.
- Les conseillers en santé mentale laissent des créneaux libres dans leur horaire hebdomadaire pour l'admission de patients. Des alertes intégrées dans le compte d'administrateur du système Myndplan notifient les conseillers lorsque les patients nouvellement référés ont rempli leur évaluation. Une rencontre téléphonique est alors réalisée durant laquelle le patient et le conseiller ont accès en ligne aux résultats de l'évaluation.
- En fonction du déroulement de la rencontre d'admission, une séance de suivi est fixée avec

le thérapeute ou le professionnel paramédical approprié, puis le traitement débute.

Quels sont les acquis ?

Un processus d'admission fiable et efficace qui convient tant aux patients qu'à nos conseillers en santé mentale et offre plusieurs avantages :

- Le premier contact avec les patients a lieu beaucoup plus tôt qu'avec l'ancienne méthode. En moyenne, les patients reçoivent un appel téléphonique dans les deux semaines qui suivent la référence pour fixer une rencontre d'admission. Cela signifie que les patients ont une meilleure idée du processus dès le début, ce qui renforce leur sentiment de contrôle à un moment où ils sont des plus vulnérables.
- L'adhésion des patients suscitait beaucoup d'inquiétude. Plusieurs membres du personnel doutaient que les patients soient prêts à remplir un long questionnaire. Certains craignaient aussi que le format en ligne ne soit pas accessible à de nombreux patients. Cependant, le questionnaire a suscité un taux de réponse se situant entre 80 et 90 pour cent, ce qui est presque le double du taux obtenu avec la trousse d'admission précédente.
- Les cas légers, modérés et graves peuvent être plus facilement identifiés parce que les scores d'évaluation sont présentés sous forme de rangs centiles. Comme l'a dit un thérapeute, « [...] ça nous aide à nous préparer pour ce qui nous attend en thérapie ».
- Ce processus permet un meilleur jumelage entre thérapeutes et patients. Par exemple, la clinique accepte régulièrement des étudiants en travail social pour de la pratique supervisée. Nous pouvons maintenant les jumeler à des patients dont le niveau de complexité et de détresse correspond à leur niveau de compétence.
- Pour ce qui est de l'un des principaux objectifs du programme, les listes d'attentes, elles ont été considérablement réduites. Les patients sont maintenant vus dans les quatre à six semaines qui suivent la référence, ce qui représente une réduction du temps d'attente de 75 pour cent.

- Finalement, les thérapeutes sont satisfaits. Le service a suscité des commentaires comme « J'aime beaucoup le fait que Myndplan me permet de voir comment mes clients envisagent leurs problèmes, ce qui m'est très utile pour établir un cadre pour la thérapie ». Ils n'étaient pas les seuls à être satisfaits des résultats. La principale employée de soutien administratif a fait remarquer que « [...] le programme fonctionne extrêmement bien. Il accélère considérablement le processus de gestion des listes d'attente et il est très bien organisé. »

Qu'avons-nous appris ?

- Les patients devront passer des tests psychologiques longs et détaillés. Cependant, l'expérience utilisateur a un impact majeur sur l'adoption par les patients. Des bogues dans l'appli pourraient paralyser le processus d'admission. Au début du programme, lorsque les directives complémentaires étaient limitées, notre taux d'abandon au moment de l'inscription frôlait 50 pour cent.
- Les questions de dépistage ne servent pas uniquement à simplifier l'administration des éléments des tests. Les gens sont particulièrement sensibles quand on arrive aux questions sur les problèmes d'ordre sexuel ou la consommation de drogue qui ne s'appliquent pas à eux. Les patients sont beaucoup plus heureux quand on leur pose des questions seulement sur les comportements qui concernent directement leur vécu.
- Les patients aiment voir leurs résultats. En fait, ils ont indiqué qu'ils aimeraient qu'il y ait davantage de rétroaction intégrée au système Myndplan. Par exemple, un sondage auprès des patients a révélé que près du tiers des répondants considéraient l'information additionnelle sur le diagnostic comme une priorité, et ils étaient pratiquement aussi nombreux à vouloir des conseils sur le choix du meilleur traitement.
- Les évaluations exhaustives génèrent des ensembles de données qui peuvent fournir d'utiles informations additionnelles. Par exemple, l'équipe peut :
 - identifier les patients qui sont moins susceptibles de bien réagir aux médicaments et ceux qui sont de piètres candidats à la thérapie cognitivo-comportementale
 - différencier avec une précision de 75 pour cent les groupes de non-patients en santé, les groupes de thérapie et les groupes de toxicomanie/médico-légal
 - faire du dépistage pour une possible apnée du sommeil
 - prédire la gravité des symptômes à la fin de la thérapie
- La capacité d'analyse est la seule limite à l'extraction d'informations utiles à partir des données recueillies.

Pour de plus amples renseignements sur cette innovation, communiquez avec :

Robert Shepherd, psychologue
Myndplan

Courriel : robert@myndplan.com

Kelly Buchanan, directrice générale
Huron Community Family Health Team

Courriel : K.buchanan@hcfht.ca





Conclusion

Le CMFC, l'Association des psychiatres du Canada et la Société canadienne de psychologie tiennent à remercier tous ceux et celles qui ont contribué au présent numéro. Nous leur sommes reconnaissants de nous avoir fait part des façons novatrices trouvées par les médecins de famille, les psychiatres, les psychologues et les autres fournisseurs de soins de santé pour collaborer à l'élimination des obstacles et défis courants, assurer l'accès à des soins de santé mentale dans leurs communautés et offrir des soins optimaux aux patients.

Les exemples présentés offrent des occasions inestimables d'apprentissage interprofessionnel. Nous espérons que vous les trouverez utiles pour faire progresser la pratique et aider à renforcer les capacités de plaidoyer pour une meilleure intégration des services de santé mentale aux soins primaires dans votre province ou territoire.

Voici quelques-uns des principaux enseignements à tirer de ces innovations :

- Regrouper les fournisseurs de soins de santé mentale et de soins primaires sous le même toit, dans un milieu de médecine familiale, permet d'éliminer les obstacles à l'accès aux soins en temps opportun en offrant aux patients des services de santé mentale dans l'environnement clinique qu'ils connaissent déjà et où ils ont l'habitude de recevoir leurs soins primaires.
- Aucun bailleur de fonds dans le secteur de la santé mentale ne peut garantir à lui seul la prestation de tous les services à tous les patients. La coopération et la collaboration entre bailleurs de fonds du secteur public et petits organismes communautaires offrent aux spécialistes en médecine familiale et en soins de santé mentale des occasions uniques de concevoir des interventions responsables et fondées sur des données probantes. Elles leurs offrent aussi l'occasion de travailler ensemble à assurer aux patients un accès en temps opportun à des services de consultation avec des spécialistes des soins de santé mentale, à des soins de suivi à long terme et à une variété d'interventions en santé mentale.
- Il est crucial que la direction soit partagée entre les fournisseurs de soins primaires et de soins de santé mentale pour réussir l'intégration des services, faciliter la

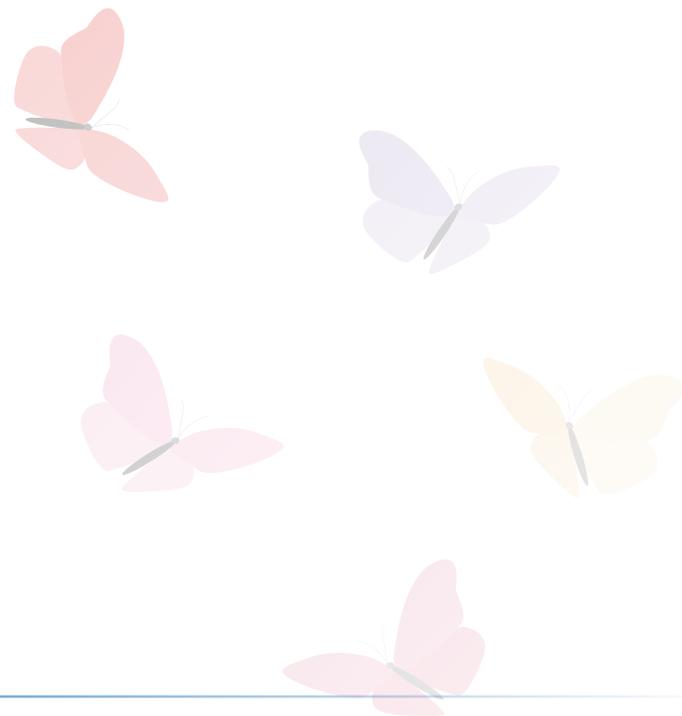
coordination du système et combler les lacunes. Des cheminements transparents dans le continuum de soins sont nécessaires pour permettre un accès rapide à du soutien en santé mentale, particulièrement pour les patients ayant des troubles liés à la consommation de substances. Plutôt que de laisser le patient se débrouiller seul pour comprendre le système, il faut mettre le système au service du patient.

- Pour mettre en œuvre une approche intégrée, il faut dépasser l'offre de consultations individuelles centrées sur la psychopathologie et le traitement médical des symptômes. Les interventions psychologiques fournissent aux patients et aux familles des outils d'autosoins et de prise en charge de problèmes de santé qui peuvent être récurrents ou de longue durée. La collaboration et la communication interprofessionnelles permettent de partager la charge de travail et d'aider les patients à jouer un rôle dans leur propre rétablissement. La participation active des patients et de leurs familles est essentielle à la prestation de services intégrés efficaces.
- Les soins en équipe, en particulier dans les communautés éloignées, peuvent poser des défis lorsqu'ils sont chapeautés par une multitude de structures de financement et de structures redditionnelles. Trouver des objectifs communs, clarifier les rôles et comprendre les facteurs historiques, culturels, socioéconomiques et politiques à l'œuvre au sein des communautés peut aider à relever ces défis.

- L'engagement des intervenants, la planification concertée et la communication sont essentiels lors de l'introduction de nouveaux modèles de soins et de l'intégration des services de santé mentale dans un contexte déjà établi. Trouver un terrain d'entente et définir une vision commune entre les partenaires sont la clé de l'intégration et de l'établissement de relations.

Les cas décrits dans la présente publication mettent fortement l'accent sur l'interconnexion des soins entre différents milieux, ce qui est en harmonie avec les principes du voisinage médical élargi du patient⁹. Nous recommandons aux intervenants qui souhaitent appliquer ces principes pour mieux mettre en lien et rationaliser les soins de consulter le guide Conseil pratique qui décrit les principes généraux de cette vision et leur application dans la pratique.

La pandémie de COVID-19 a mis en lumière le fait qu'il est plus urgent que jamais d'intégrer les services de santé mentale dans les soins primaires pour assurer à tous les Canadiens et Canadiennes un accès en temps opportun à des soins complets et de grande qualité qui incluent du soutien en santé mentale afin de répondre à leurs besoins.



Notes de fin de document

¹ Collège des médecins de famille du Canada. Innovation en soins primaires [site Web]. <https://www.cfpc.ca/fr/politiques-et-innovation/innovation-en-medecine-de-famille-et-en-soins-primaires/serie-de-cas-innovation-en-soins-primaires>. Date de consultation : le 11 août 2020.

² Association des psychiatres du Canada. Association des psychiatres du Canada [site Web]. <https://www.cpa-apc.org/fr/>. Date de consultation : le 11 août 2020.

³ Société canadienne de psychologie. Société canadienne de psychologie [site Web]. <https://cpa.ca/fr/>. Date de consultation : le 11 août 2020.

⁴ Collège des médecins de famille du Canada. Centre de médecine de famille [site Web]. <https://patientsmedicalhome.ca/fr/>. Date de consultation : le 11 août 2020.

⁵ Goldner EM, Jones W, Fang ML. Access to and waiting time for psychiatric services in a Canadian urban area: a study in real time. *Can J Psychiatry*. 2011;56(8):474–480.

⁶ Remick RA, Araki Y, Bruce R, Gorman C, Allen J, Remick AK et coll. The Mood Disorders Association of British Columbia Psychiatric Urgent Care Program: A Preliminary Evaluation of a Suggested Alternative Model of Outpatient Psychiatric Care. *Can J Psychiatry*. 2014;59(4):220-227.

⁷ Remick RA, Remick AK. Do patients really prefer individual outpatient follow-up visits, compared with group medical visits? *Can J Psychiatry*. 2014;59(1):50-53.

⁸ Anderssen E. Half of Canadians have too few local psychiatrists, or none at all. How can we mend the mental-health gap? *Globe and Mail*. Le 18 janvier 2020. Dans : <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-half-of-canadians-have-too-few-local-psychiatrists-or-none-at-all/>. Date de consultation : le 11 août 2020.

⁹ Collège des médecins de famille du Canada. Guide Conseil pratique : *Le voisinage médical du patient*. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada; 2020. Dans : <https://patientsmedicalhome.ca/fr/resources/conseils-pratiques/le-voisinage-medical-du-patient/>. Date de consultation : le 11 août 2020.

¹⁰ Santé Canada. Méfaits associés aux opioïdes au Canada [site Web]. <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associés-aux-substances/opioïdes>. 2020. Date de consultation : le 11 août 2020.

¹¹ Santé publique Ontario. L'outil interactif sur les opioïdes : Morbidité et mortalité liées aux opioïdes en Ontario [site Web]. <https://www.publichealthontario.ca/fr/data-and-analysis/substance-use/interactive-opioid-tool>. 2017. Date de consultation : le 11 août 2020.

¹² Centre canadien sur les dépendances et l'usage des substances. *Sommaire canadien sur la drogue : alcool*. Été 2019. Dans : <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-09/CCSA-Canadian-Drug-Summary-Alcohol-2019-fr.pdf>. Date de consultation : le 11 août 2020.

¹³ Institut canadien d'information sur la santé. Votre système de santé : Hospitalisations entièrement attribuables à l'alcool [site Web]. <https://votresystemedesante.icis.ca/hsp/inbrief?lang=fr#!/indicateurs/061/hospitalizations-entirely-caused-by-alcohol;/mapC1;mapLevel2;/>. 2019. Date de consultation : le 11 août 2020.

¹⁴ Mullins PM, Mazer-Amirshahi M, Pines JM. Alcohol-Related Visits to US Emergency Departments, 2001–2011. *Alcohol and Alcoholism*. 2017;52(1):119-125. Dans : <https://academic.oup.com/alcalc/article/52/1/119/2605785>. Date de consultation : le 11 août 2020.

¹⁵ Corace K, Willows M, Schubert N, Overington L, Mattingly S, Clark E et coll. Alcohol Medical Intervention Clinic: A rapid access addiction medicine model reduces emergency department visits. *J Addict Med*. 2020;14(2):163-171. Dans : https://journals.lww.com/journaladdictionmedicine/Citation/2020/04000/Alcohol_Medical_Intervention_Clinic__A_Rapid.13.aspx. Date de consultation : le 11 août 2020.

¹⁶ Corace K, Willows M, Schubert N, Leduc N, Mattingly S, Hébert G. ORAL E3.1: Improving Treatment Access and Outcomes for People with Alcohol and Opioid Problems: A Novel Rapid Access Model of Care (en anglais). Résumés des exposés oraux et des ateliers; Questions de substance 2019 du CCDUS; 25-27 novembre, Ottawa. Dans : <https://issuesofsubstance.ca/sites/default/files/2019-11/CCSA-IOS-2019-Presentation-Abstracts-2019-fr-1111.pdf>. Date de consultation : le 11 août 2020.

¹⁷ Organisation de coopération et de développement économiques, Direction de l'Emploi, du Travail et des Affaires sociales. *Maladie, invalidité et travail : garder le cap dans un contexte de ralentissement de l'activité économique*. Stockholm (SE) : Organisation de coopération et de développement économiques; 2009. Dans : <http://www.oecd.org/fr/emploi/emp/42729693.pdf>. Date de consultation : le 11 août 2020.

- ¹⁸ St-Arnaud L, Fournier G, Saint-Jean M, Rhéaume J, Moore M, Damasse J. Processus de retour au travail chez des employés du secteur privé s'étant absentes pour des raisons de santé mentale. *Reg@rds sur le travail*. 2009;5(2):2-12. Dans : https://www.travail.gouv.qc.ca/fileadmin/fichiers/Documents/regards_travail/regardstravail-vol05-02.pdf. Date de consultation : le 11 août 2020.
- ¹⁹ Organisation mondiale de la Santé. *Une personne sur quatre souffre de troubles mentaux* [communiqué de presse]. Genève (CH) : Organisation mondiale de la Santé; 2001. Dans : https://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/fr/. Date de consultation : le 11 août 2020.
- ²⁰ Bender A. Restoring Function in MDD: Balancing efficacy and tolerability to optimally manage major depressive disorder. *Canadian Journal of Diagnosis*. 2011; 28(1);13-20. Dans : http://www.stacommunications.com/journals/diagnosis/2011/01-Jan-11/01DIA_013.pdf. Date de consultation : le 11 août 2020.
- ²¹ Reynolds C A, Wagner SL, Harder HG. Physician-Stakeholder Collaboration in Disability Management: A Canadian perspective on guidelines and expectations. *Disabil Rehabil*. 2006;28(15):955-963.
- ²² Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Chaudière-Appalaches. Gestion des arrêts de travail : approche STAT-C en santé mentale [site Web]. <http://www.gmfulevis.com/recherche-et-developpement/approche-stat/>. Date de consultation : le 11 août 2020.
- ²³ Consortium for Organizational Mental Healthcare. *Santé mentale au travail et invalidité professionnelle : lignes directrices à l'intention des médecins*. Montréal (QC) : Consortium for Organizational Mental Healthcare; 2015. Dans : <https://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/Lignes-directrices-%c3%a0-l'intention-des-m%c3%a9decins.pdf>. Date de consultation : le 11 août 2020.
- ²⁴ Quest Health. Natawiwewak [site Web]. 2019. <http://questhealth.ca/>. Date de consultation : le 11 août 2020.
- ²⁵ Ministère de la Santé. *British Columbia Integrated Youth Services Initiative (BC-IYSI): Rationale and Overview*. Victoria (C.-B.) : Gouvernement de la Colombie-Britannique; 2015.
- ²⁶ Gore FM, Bloem PJN, Patton GC, Ferguson J, Joseph V, Coffey C et coll. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: A systematic analysis. *Lancet*. 2011;377(9783):2093-2102.
- ²⁷ Mathias S, Tee K, Anderson K, Barbic S, Hood J, Liveridge P et coll. *British Columbia Integrated Youth Services Initiative (BC-IYSI) Proposed Implementation Plan for the Prototype: Phase October 2015-March 2018*. 2015
- ²⁸ Représentante de l'enfance et de la jeunesse. *Still Waiting: First-hand experiences with youth mental health services in BC*. Victoria (C.-B.) : Représentante de l'enfance et de la jeunesse; 2013. Dans : https://rcybc.ca/wp-content/uploads/2019/05/still_waiting.pdf. Date de consultation : le 11 août 2020.
- ²⁹ headspace. headspace [site Web]. <https://headspace.org.au/>. 2016. Date de consultation : le 11 août 2020.
- ³⁰ headspace. *Annual Report 2015-15*. Melbourne (AU) : headspace National Youth Mental Health Foundation Ltd.; 2015. Dans : <https://headspace.org.au/assets/Annual-Report-2014-2015.pdf>. Date de consultation : le 11 août 2020.
- ³¹ Foundry. Foundry [site Web]. <https://foundrybc.ca/>. 2018. Date de consultation : le 11 août 2020.
- ³² Ministère de la Santé mentale et de la Toxicomanie. *A Pathway to Hope: A roadmap for making mental health and addictions care better for people in British Columbia*. Victoria (C.-B.) : Gouvernement de la Colombie-Britannique; 2019. Dans : <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/governments/about-the-bc-government/mental-health-and-addictions-strategy>. Date de consultation : le 11 août 2020.
- ³³ APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. Evidence-Based Practice in Psychology. *Am Psycholog*. 2006;61(4):271-285.
- ³⁴ Jensen-Doss A, Hawley KM. Understanding barriers to evidence-based assessment: Clinician attitudes toward standardized assessment tools. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2010;39(6):885-896.
- ³⁵ Myndplan. Myndplan [site Web]. <http://www.myndplan.com/>. Date de consultation : le 11 août 2020.

