



Canadian Psychiatric Association
Dedicated to quality care
Association des psychiatres du Canada
Dévouée aux soins de qualité

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA

ÉNONCÉ DE PRINCIPES

L'évolution des soins de santé mentale en collaboration au Canada : Une vision d'avenir partagée

**N Kates, MBBS, FRCPC, MCFP¹; G Mazowita, MD, CCFP, FCFP²; F Lemire, MD, CCFP, FCFP³;
A Jayabarathan, MD, FCFP⁴; R Bland, MB, ChB, FRCPC, FRCPsych⁵; P Selby, MBBS, CCFP, MHSc⁶;
T Isomura, MD, FRCPC⁷; M Craven, MD, PhD, CCFP⁸; M Gervais, MD, FRCPC, MBA⁹;
D Audet, MD, MCMF¹⁰**

*Un énoncé de principes rédigé par le Groupe de travail sur les soins de santé mentale partagés
de l'Association des psychiatres du Canada et du Collège des médecins de famille du Canada,
approuvés par les Conseils d'administration des deux organismes en août 2010.*

Résumé

Dans les dix dernières années, un intérêt croissant s'est manifesté pour la formation de partenariats de collaboration entre les prestataires de soins de première ligne et ceux des soins de santé mentale, ainsi que pour l'intégration des services de santé mentale dans le contexte de soins de première ligne. Les modèles de

collaboration ont amélioré l'accès aux soins de santé mentale et augmenté la capacité des soins de première ligne de prendre en charge les problèmes de santé mentale et de toxicomanie (SMetT). Les projets réussis au Canada et ailleurs ont démontré de meilleurs résultats cliniques, une utilisation plus efficace des ressources, et une meilleure expérience de recherche et de réception des soins.

¹ Professeur, Department of Psychiatry and Behavioural Neurosciences and Associate Member, Department of Family Medicine, McMaster University, Hamilton, Ontario.

² Chef, Department of Family and Community Medicine, Providence Health Care; Clinical Professor, Faculty of Medicine, University of British Columbia, Vancouver, Colombie-Britannique; Président, Comité de programme sur la santé mentale, Collège des médecins de famille du Canada.

³ Directrice générale associée, Affaires professionnelles, Collège des médecins de famille du Canada, Mississauga, Ontario.

⁴ Membre, Community Council of Family Physicians and Quality Mental Health Council, Capital District Health Authority, Nouvelle-Écosse; Membre, Membership Committee, Collaborative Family Health Care Association, Rochester, New York; Membre, National Institutes of Health Informatics, Waterloo, Ontario.

⁵ Professeur émérite, Department of Psychiatry, University of Alberta, Edmonton, Alberta.

⁶ Directeur de clinique, Programme de traitement des toxicomanies, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto, Ontario; Professeur agrégé, département de la médecine familiale et communautaire, Psychiatry and Dalla Lana School of Public Health Sciences, Université de Toronto, Toronto, Ontario.

⁷ Directrice médicale du programme et chef de département régional, Mental Health and Addictions, Fraser Health Authority, Surrey, Colombie-Britannique; professeure clinique, University of British Columbia, Faculty of Medicine, Vancouver, Colombie-Britannique.

⁸ Professeure clinique agrégée, Department of Psychiatry and Behavioural Neurosciences, McMaster University, Hamilton, Ontario.

⁹ Conseiller médical à la Direction de la santé mentale, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Québec, Québec; Membre, Département de psychiatrie du Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie, Shawinigan, Québec.

¹⁰ Professeur de clinique, Département de médecine familiale et de médecine d'urgence, Université Laval, Laval, Québec; Unité de médecine familiale Saint-François d'Assise, Québec, Québec.

© Association des psychiatres du Canada (APC). Le présent document ne peut être reproduit sans l'autorisation écrite de l'APC. Celle-ci réservera un bon accueil aux observations des membres, lesquelles seront transmises au comité ou conseil approprié. Prière d'adresser la correspondance ou la demande d'exemplaires à l'Association des psychiatres du Canada, 141, avenue Laurier Ouest, bureau 701, Ottawa (Ontario) K1P 5J3; tél. : 613-234-2815; téléc. : 613-234-9857; courriel : cpa@cpa-apc.org. Numéro de référence 2011-49.

Nota : L'Association des psychiatres du Canada a comme politique de rédaction de réviser les exposés de politique, les déclarations de principes et les guides de pratique clinique à intervalles de cinq ans suivant leur publication ou révision initiale. Tout document semblable diffusé sur le site Web de l'APC depuis plus de cinq ans et sur lequel il n'y a aucune indication que le texte a été révisé et retenu comme document officiel de l'APC, soit après révision ou tel que publié initialement, doit être considéré comme document de référence seulement.

Toute pratique de soins de première ligne ou tout programme de SMetT peut prendre de nombreuses mesures afin de promouvoir la collaboration et d'améliorer l'accès aux soins de santé mentale, souvent sans nécessiter de ressources additionnelles. Pour soutenir ces initiatives, les planificateurs de la santé régionaux et provinciaux doivent chercher les occasions d'intégrer des projets en collaboration à leurs stratégies de prestation de services, financer des projets ciblés qui élargiront la portée et la base de connaissances des soins en collaboration, et mettre en œuvre des politiques spécifiques propices à concrétiser ce travail. L'évaluation des programmes et la recherche sont également nécessaires pour approfondir notre compréhension des avantages et du potentiel de ces nouveaux modèles.

En outre, les centres universitaires et les départements de formation continue doivent préparer les apprenants et les médecins à travailler en partenariats par l'entremise de collaborations interprofessionnelles. Surtout, les usagers, les membres de leur famille et les groupes de usagers doivent être des partenaires actifs qui travaillent en collaboration, tant lorsqu'ils reçoivent des soins que lors de la conception et de l'évaluation des programmes et services.

Si cela se faisait, nous pourrions obtenir des gains substantiels au niveau du système, et contribuer considérablement au mieux-être général des Canadiens. Nous pourrions accroître la capacité de nos systèmes de SMetT et de soins de première ligne existants, de sorte que les personnes aux prises avec des problèmes affectant leur santé mentale aient accès aux services essentiels en temps opportun. Les partenariats de collaboration au sein de systèmes de soins réorganisés peuvent entraîner une utilisation des ressources prudente et plus efficace tout en soutenant l'autogestion des usagers et de leur famille, et servir de modèles à l'intégration des soins de première ligne dans d'autres services spécialisés.

Le présent énoncé de principes reconnaît également qu'une collaboration efficace fait appel à des prestataires de toute discipline. Cependant, en raison du mandat de l'Association des psychiatres du Canada (APC) et du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), il est axé sur le rôle que peuvent jouer les psychiatres et les médecins de famille dans des partenariats de collaboration, mais la plupart des concepts et des activités pourront s'appliquer à n'importe quel professionnel de la santé.

Historique

En 1997, le CMFC et l'APC ont produit un énoncé de principes révolutionnaire sur les soins de santé mentale partagés au Canada¹. À la suite de la publication de cet énoncé, les deux organisations ont mis sur pied un groupe de travail conjoint sur les soins de santé mentale partagés, axé spécifiquement sur les psychiatres et les médecins de

famille, afin de favoriser et de soutenir la collaboration entre les deux secteurs.

Bien des choses ont changé dans les douze années qui ont suivi^{2,3}, dont un changement d'expression, de « soins partagés » à « soins de santé mentale en collaboration », la dernière étant celle utilisée aux présentes. Il s'est produit une expansion remarquable des activités en collaboration. Entre 2003 et 2007, l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM) – un projet du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires – a joué un rôle de premier plan dans la promotion et le soutien des soins en collaboration⁴. Les soins de santé mentale en collaboration sont désormais considérés une partie intégrante de la planification provinciale et régionale, et des réseaux de médecins locaux, provinciaux et nationaux ont été constitués. Cette tendance vers l'intégration des services de SMetT dans les soins de première ligne s'observe également dans nombre d'autres pays, et a récemment obtenu l'aval de l'Organisation mondiale de la santé comme moyen d'améliorer l'accès à des soins de santé mentale centrés sur la personne⁵.

La prévalence des problèmes de SMetT dans les soins de première ligne demeure élevée, toutefois, nombre de ces problèmes sont encore pris en charge sans la participation d'un psychiatre ou d'un service de SMetT⁶. La participation aux partenariats de collaboration permet aux médecins de famille, qui sont le premier point de contact pour la plupart des Canadiens et Canadiennes atteint d'un problème de santé mentale ou de toxicomanie, d'améliorer les soins qu'ils peuvent dispenser.

Améliorer la collaboration est un élément fondamental des soins de première ligne et il concorde avec le nouveau concept d'un centre de médecine familiale pour chaque patient (*medical home*)⁷. Il est également essentiel à la transformation des soins de première ligne qui a lieu présentement dans presque la totalité des provinces et territoires du Canada. Parallèlement, la réforme de la santé mentale et de la toxicomanie commence à reconnaître le rôle clé que jouent les soins de première ligne à titre de premier et parfois de seul point de contact dans les systèmes de SMetT du pays. Les deux secteurs reconnaissent que l'accès aux services et la qualité des soins et du soutien pour les personnes aux prises avec des problèmes de SMetT peuvent s'améliorer grâce à une meilleure collaboration entre les prestataires de services de SMetT et de soins de première ligne.

Pourquoi un nouvel énoncé de principes?

On a beaucoup appris au cours des dix dernières années. Les gains obtenus et les possibilités découlant de la prestation réussie de soins de santé en collaboration ont inspiré l'APC et le CMFC à mettre à jour l'énoncé original¹. Ce nouvel énoncé recommande des mesures qui permettront aux prestataires de services de SMetT

et de soins de première ligne de collaborer pour faire avancer un ordre du jour partagé, pour mieux répondre aux besoins des populations et des collectivités qui, historiquement, avaient de la difficulté à accéder aux soins qu'il leur faut, pour préparer les futurs médecins à un style de pratique plus sensible et centré sur la personne, et pour influencer l'évolution de la prestation des soins de santé au Canada. La mise en œuvre de ces recommandations peut aider nos systèmes de santé à atteindre le « triple but », à savoir de meilleurs résultats pour les populations desservies, une meilleure expérience pour les patients et les prestataires, et des modèles de soins abordables et durables. Même si cet article concerne surtout les activités des médecins de famille et des psychiatres, la plupart des recommandations s'appliquent à tous les soins de première ligne et aux prestataires de SMetT.

Que sont les soins de santé mentale en collaboration?

Les soins en collaboration sont des soins dispensés par des prestataires de spécialités, disciplines, ou secteurs différents, qui travaillent ensemble à offrir des services complémentaires et un soutien mutuel. Comme dans tout partenariat efficace, des objectifs communs, un processus décisionnel bien défini et équitable, et des communications ouvertes et régulières sont d'une importance capitale. En outre, les soins de santé mentale en collaboration sont :

1. Bâties sur des contacts personnels.
2. Fondées sur le respect mutuel, la confiance et la reconnaissance des contributions et des rôles potentiels de chaque partenaire.
3. Basées sur des pratiques efficaces qui sont fondées sur des données probantes et l'expérience.
4. Sensibles aux besoins changeants des patients, de leur famille, d'autres aidants, et à la disponibilité des ressources.
5. Façonnés par le contexte et la culture où s'inscrivent les soins.
6. Pertinents et attentifs à la disponibilité des ressources locales, ainsi qu'aux compétences et intérêts des partenaires participants.

Modèles de collaboration

Il n'y a pas de modèle de collaboration ou style de pratique unique. Toute activité qui permet aux prestataires de soins de SMetT et de soins de première ligne de travailler ensemble plus efficacement pour améliorer les soins qu'ils dispensent peut se faire en collaboration. Les modèles en collaboration comprennent notamment ce qui suit :

La communication efficace

La communication efficace est la transmission de l'information pertinente sur des personnes et des

programmes de manière opportune, lisible, utile et compréhensible. L'information circule librement entre prestataires et usagers, ainsi qu'entre différents prestataires et services. La communication peut se faire en personne, par téléphone ou par d'autres médias, dont les dossiers électroniques.

La consultation

La consultation a habituellement lieu d'une de deux façons : 1) les psychiatres et autres professionnels de SMetT offrent des conseils, une orientation et un suivi aux prestataires de soins de première ligne afin de soutenir les soins des patients et des familles tout en partageant la responsabilité continue des soins; ou 2) les médecins de famille prodiguent des conseils sur la prise en charge des troubles médicaux des personnes atteintes de problèmes de santé mentale ou de toxicomanie. Ces consultations peuvent avoir lieu dans le contexte des soins de première ligne, un établissement de santé mentale ou le cabinet d'un psychiatre, ou encore par téléphone.

La coordination

La coordination des plans de soins (y compris les plans de congés) et des activités cliniques aide les prestataires à éviter le chevauchement, à utiliser les ressources efficacement et à diriger les personnes vers les programmes dont elles ont besoin. La coordination peut aussi comporter des programmes d'éducation interprofessionnelle, dans lesquels différents prestataires présentent du matériel ou apprennent ensemble, ainsi que des visites à des établissements de soins de première ligne ou l'utilisation d'Internet ou du courriel.

La colocation

La colocation peut regrouper des psychiatres et autres employés de SMetT qui travaillent dans un milieu de soins de première ligne ou peut désigner l'ajout de cliniciens de première ligne à des services de SMetT pour répondre aux besoins de santé somatique des personnes qui utilisent ces services. Bien que la colocation soit utile, elle ne garantit pas à elle seule une collaboration efficace, sans certains des éléments susmentionnés.

L'intégration

L'intégration des prestataires de soins de santé mentale et des prestataires de soins de première ligne dans un seul service ou dans une seule équipe a généralement lieu dans un contexte de soins de première ligne, mais peut aussi se produire dans un emplacement communautaire. Ce modèle est caractérisé par la planification des soins et un processus décisionnel partagés, les consignations dans un dossier médical commun, et des activités en collaboration, les soins étant partagés selon les compétences respectives et la disponibilité des participants.

Qu'avons-nous appris jusqu'ici

Les projets canadiens et la littérature internationale, dont une étude de Bland et Craven⁸ (2006), offrent des preuves convaincantes des avantages des partenariats de collaboration, tant à court⁹⁻⁵⁷ qu'à long terme^{23,24,28,39,40}. Ces avantages ont été mesurés par l'amélioration des symptômes^{11,12,14,16,21,26,28,33,37,49}, l'amélioration fonctionnelle⁴⁵, la réduction des jours d'incapacité⁴², une durée accrue de la capacité d'exercer ses fonctions en milieu de travail³⁷, une augmentation des années de vie pondérées par la qualité³⁷ et une meilleure observance des médicaments^{27,38}. Ces avantages ont aussi été observés chez des populations comme les jeunes⁴⁷, les personnes âgées^{21,30}, les personnes ayant des problèmes de toxicomanie⁵⁰ et les populations autochtones⁵⁴.

Il y a également des preuves que les programmes en collaboration sont rentables et peuvent entraîner des réductions des coûts liés aux soins de santé grâce à un recours plus efficace aux médicaments³⁸, à l'usage réduit des autres services médicaux (surtout pour les personnes atteintes de troubles médicaux chroniques)⁴⁴, à l'usage plus efficace des ressources existantes, et à une plus grande probabilité de retour au travail⁴⁶. Parallèlement, la littérature a reconnu le besoin d'investir dans ces nouveaux services au départ, si l'on souhaite réaliser des économies à long terme^{27,39,41}.

Les programmes en collaboration les plus efficaces comprennent de multiples éléments d'intervention interreliés et la reconception des processus de soins existants qui met l'accent sur l'amélioration de la qualité^{12,20,37,38,41}. Les éléments communs des programmes qui réussissent comprennent ce qui suit, en tout ou en partie :

1. L'emploi d'un coordonnateur des soins ou d'un gestionnaire de cas^{12,21,23,24,27,37,38,41,48,49}.
2. L'accès à une consultation psychiatrique^{14,19}.
3. Une meilleure éducation des patients ou un meilleur accès aux ressources^{12,22,24,25,37,38}.
4. L'introduction de guides de traitement fondés sur les données probantes^{12,19,31,33,37,40,50}.
5. Le dépistage de la dépression ou de l'anxiété chez les personnes ayant des troubles médicaux chroniques⁴².
6. Des programmes de perfectionnement des compétences pour les prestataires de soins de première ligne^{13,21,37}.
7. L'accès à de brèves thérapies psychologiques^{23,36,57} dont la technique de l'entrevue motivationnelle⁵⁰.

De plus en plus, les programmes constatent que pour soutenir ces interventions, optimiser leurs avantages et accroître la durabilité, il faut organiser et (ou) reconcevoir les systèmes de soins de première ligne et (ou) de santé mentale par des changements comme :

1. Des soins en équipe et la clarté des rôles des différents prestataires^{15,19,22,26,45,55,56}.
2. Un suivi systématique (proactif)^{12,16,21,22,37,39,45,53}.

3. L'amélioration de la coordination des soins^{12,17,21,22,24,28,37}.
4. Le soutien de l'autogestion⁴⁶.
5. Un suivi téléphonique^{16,49}.
6. Une meilleure communication et (ou) des réunions d'équipe^{14,22,34,37,41,45}.
7. La sollicitation de commentaires des usagers et des familles à l'égard de l'efficacité des interventions et de l'accès aux services essentiels⁵⁸.

Les défis de la croissance des partenariats de collaboration

Il existe un grand nombre d'obstacles éventuels à la mise en œuvre de partenariats de collaboration, notamment :

1. Les niveaux actuels et les modèles de financement qui ne soutiennent pas la restructuration des pratiques de soins de première ligne, l'introduction de la technologie de l'information, et les modèles de pratique interdisciplinaire en collaboration.
2. Les modèles actuels de rémunération qui ne rémunèrent pas les médecins pour leur participation à des activités en collaboration.
3. Les contraintes de temps que connaissent les prestataires des deux secteurs.
4. Le manque de clarté des normes médico-légales et des exigences de documentation. À cet égard, cependant, un rapport de l'Association canadienne de protection médicale (ACPM)⁵⁹ a soutenu le mouvement des soins en collaboration et les discussions de cas font partie intégrante de la pratique actuelle, en autant qu'elles sont documentées et conformes aux normes de la pratique prévues, et que les rôles sont bien compris. L'ACPM a énoncé que la législation sur la responsabilité médicale existante couvrirait presque toutes les éventualités⁵⁹.
5. Le manque de préparation au travail en collaboration avec d'autres disciplines et spécialités des apprenants en formation de premier cycle et postdoctorale.
6. La culture de certains services de soins de santé qui ne sont peut-être pas préparés ou habitués à la pratique en collaboration.
7. Les opinions de certains prestataires qui croient que les soins en collaboration ne sont pas utiles à leur pratique.
8. Le manque d'accès aux médecins de famille et autres prestataires de soins de première ligne dans plusieurs provinces et territoires.
9. Les disparités géographiques qui peuvent compliquer l'accès aux ressources. Parallèlement, les modèles en collaboration (y compris la télésanté) qui utilisent les maigres ressources de façon efficace et efficace ont démontré leur valeur en s'attaquant à l'accès limité, ainsi qu'aux pénuries de professionnels de la santé en milieu urbain et rural.

Une vision d'un système intégré

Nous anticipons que les communautés et les provinces mettront sur pied un système de SMetT bien coordonné qui optimise le rôle des prestataires de soins de première ligne, soutenus par un accès facile aux services de santé mentale secondaires et tertiaires, les deux secteurs travaillant en collaboration pour faire en sorte que les personnes atteintes de problèmes de SMetT ont accès aux services dont elles ont besoin, quand elles en ont besoin. Les rôles au sein du nouveau système seraient les suivants :

Les soins de première ligne

Dans le système envisagé, les médecins de famille joueraient un rôle essentiel, soutenus par un accès facile aux services de santé mentale. Les soins de première ligne, idéalement dotés d'équipes de prestataires de SMetT et de psychiatres, seraient le premier point de soins pour les personnes atteintes de problèmes de SMetT, et l'endroit où les soins en cours pourraient être surveillés et coordonnés. Les services de SMetT qui complètent ceux qu'offre le système traditionnel de SMetT seraient intégrés dans les soins de première ligne. Les soins de première ligne s'occuperaient aussi des problèmes de santé physique et mentale coexistants^{60,61}.

Parce que les personnes et les familles ont souvent des contacts fréquents et des relations avec leur médecin de famille qui durent tout au long de leur vie, les soins de première ligne (avec l'aide appropriée) sont en bonne position pour offrir ce qui suit :

1. La détection précoce des problèmes de santé mentale, notamment des problèmes comorbides chez les personnes ayant des troubles médicaux généraux :

Cela peut se faire à l'aide de simples instruments de dépistage. Afin d'améliorer les résultats, la détection doit aller de pair avec un accès facile au traitement⁶².

2. L'intervention précoce et (ou) l'initiation du traitement dès la première présentation d'un problème de SMetT ou d'une nouvelle récurrence ou rechute :

Cela peut se faire à l'aide d'algorithmes de traitement fondés sur des données probantes et de dossiers médicaux électroniques pour surveiller les personnes et les populations; à l'aide de partenariats plus étroits avec les prestataires de SMetT; et en surveillant de près les personnes qui ont des présentations précoces, indifférenciées.

3. Le soutien de la promotion de la santé mentale et du bien-être :

Cela comporte la gestion du stress et l'encouragement à des choix de vie sains, comme conseiller une consommation d'alcool prudente, l'arrêt du tabagisme, le sommeil, l'hygiène, et l'activité physique. Ces messages peuvent s'incorporer dans toute consultation d'un médecin de famille.

4. Surveillance et suivi des personnes ayant des problèmes de santé mentale :

Cela comporte un suivi après le congé d'un service de santé mentale, un rappel régulier pour des soins proactifs ou planifiés, et la surveillance des progrès ou des changements possibles de médicaments. Les plans de soins ou de mieux-être doivent être mis à jour selon l'évolution des besoins de la personne.

5. La gestion de crise :

Nombre de crises de SMetT peuvent être gérées avec succès dans les soins de première ligne, surtout si le médecin de famille a facilement accès au soutien et aux conseils d'un service de SMetT et d'autres services communautaires. Les soins de première ligne sont souvent l'endroit où les soins sont dispensés ou coordonnés après une évaluation psychiatrique d'urgence.

6. L'intégration des soins de santé physique et mentale :

Les plans de traitement doivent inclure des interventions visant la santé tant physique que mentale, dont le dépistage et la prise en charge de la dépression et de l'anxiété comorbides chez les personnes souffrant de troubles médicaux chroniques. Il est souvent plus commode et acceptable pour une personne et sa famille de recevoir des soins de SMetT dans un environnement familial où tous les aspects des soins peuvent être intégrés.

7. La coordination des soins :

C'est un rôle intégral des soins de première ligne qui est renforcé par de solides liens de collaboration avec les niveaux secondaires et (ou) tertiaires des services de soins spécialisés, dans les institutions communautaires et de santé. Il est également soutenu par des liens avec des services communautaires comme les soins à domicile ainsi que les services de soutien du logement et du revenu, et les programmes de loisirs. On ne saurait trop insister sur l'importance d'aider les personnes concernées à se repérer dans des systèmes de soins complexes et souvent fragmentés.

8. Le soutien des familles et autres aidants :

Les besoins des familles qui prennent soin de personnes atteintes de problèmes de santé mentale ou des troubles médicaux comorbides sont souvent ignorés par le système de SMetT. Les soins de première ligne peuvent soutenir et aider les membres de la famille qui essaient de comprendre le problème de santé mentale et (ou) de toxicomanie et qui apprennent la prise en charge, dont le rôle qu'ils peuvent jouer. Aider une famille à identifier ses propres besoins – parfois distincts – et offrir du soutien et des liens aux ressources communautaires est un rôle important des soins de première ligne.

Les services secondaires et tertiaires de santé mentale et de toxicomanie

Dans un système intégré, les services de SMetT favoriseraient des rôles accrus pour les médecins de famille. Ces services sont bien placés pour :

1. Fournir un accès rapide aux consultations et aux conseils, notamment des conseils par téléphone, surtout pour les personnes qui traversent une crise.
2. Répondre rapidement aux demandes d'aide dans des situations urgentes ou nouvelles.
3. Accorder la priorité aux personnes qui ne peuvent pas être prises en charge dans le contexte des soins de première ligne (soit à cause de la complexité du problème, soit par manque de ressources nécessaires) et offrir des soins de façon continue, au besoin.
4. Stabiliser les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de toxicomanie, puis les retourner aux soins des prestataires de soins de première ligne pour une prise en charge et une surveillance continues, d'après un plan détaillé qui a été élaboré en consultation avec le prestataire de soins de première ligne.
5. Être toujours disponibles à l'équipe de soins de première ligne après avoir retourné les personnes aux soins du prestataire de soins de première ligne, afin de maintenir la continuité des soins tant pour le prestataire de soins que pour la personne.
6. Donner de l'information sur les ressources communautaires offertes et aider à accéder à ces services.

Une meilleure collaboration

Une meilleure collaboration entre les soins de première ligne et les services de SMetT comprendrait des communications et des contacts personnels réguliers entre les employés des différents milieux, qui seraient propices à :

1. Faciliter la circulation des patients d'un service à l'autre et éliminer les obstacles à l'accès.
2. Dispenser des conseils et former un soutien mutuel qui permettrait à tous les secteurs d'augmenter leur capacité d'offrir des soins centrés sur le consommateur et la famille.
3. Éviter le chevauchement des services et faire en sorte que les ressources existantes soient utilisées de façon aussi efficaces que possible.

Réaliser cette vision

La réalisation de cette vision nécessitera une nouvelle conception de la façon dont les pratiques, services, et autres intervenants fonctionnent afin de soutenir et de rendre possible une pratique interprofessionnelle en collaboration. Outre les changements dans chaque secteur, il faudra une certaine réorganisation du système.

Les prestataires de soins de première ligne

Tous les médecins de famille et autres prestataires de soins de première ligne devraient posséder les compétences essentielles en soins de santé mentale. Cela ne veut pas dire que chaque médecin devrait être un expert du diagnostic et du traitement des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Toutefois, tous les médecins de famille devraient posséder les compétences nécessaires pour dépister et détecter la maladie mentale; initier, surveiller ou cesser le traitement, le cas échéant; fournir de brèves interventions motivationnelles; établir des liens appropriés avec des partenaires de soins; et organiser leur pratique pour faire en sorte que les personnes souffrant de maladie mentale et de toxicomanie (et leur famille et [ou] aidants) soient traitées avec respect et sensibilité envers leurs besoins souvent complexes. Cela peut comporter ce qui suit :

1. Utiliser les approches motivationnelles pour modifier les comportements liés à la santé et promouvoir des changements de style de vie sains.
2. Toujours prendre les mesures pour dépister les cas de dépression et d'anxiété chez les personnes ayant des troubles médicaux généraux et initier le traitement ou une demande de consultation, au besoin.
3. Améliorer l'expérience des usagers en :
 - a. Proposant l'autogestion comme composante intégrante de tous les plans de soins.
 - b. Incluant les personnes ayant une expérience vécue et les familles dans la planification et l'évaluation des nouveaux projets et services.
 - c. Recueillant et utilisant régulièrement les commentaires des usagers et de leur famille et (ou) aidants pour l'amélioration continue de la qualité.
4. Appliquer les principes de la gestion des maladies chroniques aux problèmes de santé mentale et de toxicomanie, le cas échéant, notamment :
 - a. Incorporer les soins fondés sur des lignes directrices et les algorithmes de traitement.
 - b. Dresser une liste (registre) de patients qui ont un problème spécifique (par exemple, la dépression). Ces listes peuvent servir à soutenir les visites prévues, le rappel proactif, la prévention des rechutes et les stratégies de détection précoce.
5. Utiliser des approches innovatrices pour améliorer les compétences et connaissances, comme des ressources sur Internet, des activités éducatives au bureau du médecin de famille, l'apprentissage par cas à l'aide de courriels ou de téléconférences, et les collaborations d'apprentissage.

Les psychiatres

Les psychiatres doivent reconnaître et renforcer le rôle important que jouent les soins de première ligne dans la prestation des services de santé mentale, et voir la consultation qu'ils offrent à leurs collègues médecins de famille comme partie intégrante de leur activité clinique.

Cela comporte la communication avec des médecins des soins de première ligne de manière opportune, pertinente et utile, que ce soit en personne, par écrit ou par téléphone. Cela inclut également l'intégration des soins des psychiatres à ceux des médecins de famille dans la prise en charge médicale des personnes ayant des problèmes comorbides de SMetT.

Les services de santé mentale

Outre la prestation de services dans le contexte des soins de première ligne, les fournisseurs de soins de santé mentale, dont les psychiatres, doivent explorer des façons innovatrices de travailler plus étroitement avec leurs partenaires des soins de première ligne vers la coordination des approches de traitement, la gestion des effets métaboliques potentiels de la psychopharmacothérapie, et la satisfaction des besoins de soins de santé physique des personnes qui consultent. Les stratégies peuvent comprendre ce qui suit :

1. Rendre les procédés d'admission efficaces et conviviaux (source d'aiguillage).
 2. Fournir un soutien téléphonique aux médecins de famille.
 3. Offrir rapidement une consultation, et envoyer un plan de suivi au médecin de famille. La personne peut alors être placée sur une liste d'attente d'un traitement continu, au besoin. Des conseils de suivi ou même une réévaluation peuvent être offerts si la situation change.
 4. Faire participer les médecins de famille à la planification des congés et à l'élaboration du plan de suivi.
 5. Mettre en œuvre un suivi téléphonique régulier avec le consommateur après le congé pour faire en sorte qu'il observe le plan.
 6. Transmettre les rapports et les plans rapidement lors de l'admission et après le congé.
 7. Maintenir des inventaires du personnel, des ressources (entraide et autres) et des programmes de santé mentale et de toxicomanie pertinents et les offrir à tous les prestataires de soins de première ligne.
 8. Produire des bulletins d'une page qui tiennent les médecins de famille au courant des services et des nouveaux programmes offerts.
 9. Faire participer les médecins de famille ainsi que les usagers patients et leurs familles à la planification et à l'évaluation des services et programmes.
 10. Resserer les liens entre les nouveaux services ou les services d'urgence et les médecins de famille.
1. Inclure les personnes et leur famille et (ou) aidants comme partenaires de leurs propres soins. Faire en sorte que les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale aient des plans de traitement ou de mieux-être bien définis, élaborés en collaboration avec la personne en fonction de ses buts. Une copie de ces plans devrait être remise à la personne.
 2. Inclure les personnes et leur famille et (ou) aidants dans la planification et l'évaluation des projets en collaboration. Dans une large mesure, l'élaboration des nouveaux projets doit être fondée sur ce que nous pouvons apprendre des antécédents et du cheminement des personnes qui ont l'expérience vécue des failles du système à leur égard et de la manière d'améliorer les soins.
 3. Élaborer des stratégies qui réduiront la stigmatisation et la discrimination parmi tous les prestataires de soins de santé, notamment celles qui entraîneront une meilleure compréhension de la diversité culturelle.
 4. Promouvoir la santé mentale, le mieux-être et le rétablissement comme buts des changements du système.
 5. Mettre l'accent sur l'amélioration de la qualité, l'accès et l'efficacité comme moteurs des changements du système.
 6. Définir les compétences pour tous les professionnels de la santé travaillant dans des partenariats de collaboration en santé mentale.
 7. Faire en sorte que les rôles et responsabilités respectifs de tous les partenaires soient clairement définis et compris.
 8. Resserer les contacts personnels en organisant conjointement des activités comme des tournées cliniques, des présentations éducatives, des observations de pratique et des activités de développement professionnel continu formelles, qui rassemblent les cliniciens et le personnel des services de SMetT et des soins de première ligne.
 9. Utiliser de nouvelles technologies pour gérer l'information, dont des dossiers médicaux électroniques communs et des algorithmes fondés sur des données probantes afin d'améliorer la collaboration et l'efficacité de la collecte et de l'analyse des données; des registres pour soutenir des soins proactifs, basés dans la population; et la télémédecine, qui offre de nouvelles façons de relier les prestataires, d'améliorer la collaboration et d'offrir la consultation aux collectivités sous-desservies.
 10. Constituer des réseaux de prestataires, d'experts de la technologie de l'information, de chercheurs et de usagers patients intéressés aux soins de santé mentale en collaboration pour permettre aux participants d'échanger des idées, des expériences, et de travailler ensemble à l'élaboration de nouveaux projets.

Dans tout le système

Des changements peuvent s'effectuer dans tout le système (soins de santé mentale et soins de première ligne) afin d'optimiser le potentiel des partenariats de collaboration.

Les gouvernements provinciaux et (ou) territoriaux et les autorités régionales de santé

Les bailleurs de fonds et les décideurs doivent reconnaître et soutenir le rôle que peuvent jouer les soins de première ligne dans un système intégré des services de SMetT en établissant des liens entre les planificateurs de soins de SMetT et de soins de première ligne au niveau provincial et à celui des gouvernements provinciaux et (ou) territoriaux et des autorités régionales de santé. La probabilité que les initiatives de collaboration soient bien coordonnées en serait accrue. Ces organismes peuvent aussi soutenir la mise sur pied d'équipes de soins intégrés de santé mentale et de première ligne.

Les modèles de travail en collaboration peuvent être nouveaux pour beaucoup de prestataires de soins de SMetT et de première ligne, et une préparation adéquate à travailler efficacement dans ces partenariats est un préalable pour leur réussite. Cela peut comporter de l'aide pour la conception du projet, des ateliers et des séances de formation, des visites aux projets existants de modèle semblable, l'accès à des ressources et au matériel pertinents, et un soutien continu une fois le programme lancé^{58,63,64,65}.

Les autres stratégies sont notamment :

1. Accorder la priorité aux projets en collaboration qui offrent des possibilités de :
 - a. Détecter et intervenir de façon précoce, et surveiller continuellement les enfants et les adolescents atteints de problèmes de santé mentale et leur famille et (ou) aidants.
 - b. Détecter et intervenir de façon précoce, surveiller continuellement et prévenir les rechutes pour les personnes âgées ayant des problèmes de santé mentale et prendre en compte des besoins de leurs aidants.
 - c. Répondre aux besoins des populations qui peuvent être marginalisées ou qui ont des difficultés particulières à accéder aux services, notamment les populations autochtones, les personnes sans abri, celles de cultures différentes, ou celles dont la langue maternelle est autre que l'anglais ou le français.
 - d. Intervenir dans la communauté pour la gestion intégrée de la crise.
 - e. Accéder aux modèles de soins interdisciplinaires lorsque les personnes ou leur famille constatent l'absence de ces services dans leurs soins de première ligne.
 - f. Gérer les pénuries de ressources en santé, dont celles créées par les disparités géographiques.
 - g. Appuyer les projets de formation en collaboration, surtout ceux qui se tiennent dans de milieux de soins de première ligne.

- h. Fournir du mentorat ou un soutien électronique (courriel) ou téléphonique aux médecins de famille par les psychiatres, comme le fait le projet ontarien de collaboration en soins de santé mentale⁶⁵ très réussi, que l'on applique maintenant à d'autres spécialités.
2. Mettre à l'essai des projets pilotes qui procurent des données sur la manière dont les projets en collaboration peuvent aider à aborder les problèmes qu'ont en commun les systèmes de santé, notamment :
 - a. Répondre aux besoins des populations sous-desservies.
 - b. Servir les personnes des collectivités isolées.
 - c. Améliorer les résultats des personnes souffrant de troubles médicaux chroniques.
 - d. Réduire les temps d'attente et améliorer l'accès aux soins.
 - e. Améliorer les résultats de santé physique des personnes souffrant de troubles mentaux.
3. Élaborer des stratégies pour faire en sorte que les personnes souffrant de maladie mentale et de toxicomanie aient accès aux soins de première ligne appropriés et complets³², y compris incorporer les cliniciens des soins de première ligne (infirmiers, infirmières praticiennes, adjoints au médecin, et médecins de famille) dans les programmes de santé mentale.

Les associations médicales provinciales et autres organismes de négociation professionnels

Ces organismes doivent promouvoir des modes de rémunération appropriés et d'autres changements de politique qui facilitent la pratique interprofessionnelle en collaboration.

Les institutions universitaires, dont les départements de psychiatrie et de médecine familiale

Un élément primordial de la viabilité à long terme des partenariats de collaboration sera de préparer les apprenants à travailler dans des modèles en collaboration, notamment :

1. Renforcer les partenariats de collaboration interdisciplinaire dans les programmes d'études de premier cycle et postdoctorales, de façon à ce que les soins en collaboration deviennent une partie intégrante et prévue de la pratique pour les futurs médecins.
2. Trouver des manières pour que les apprenants de différentes disciplines apprennent ensemble et les uns des autres.
3. Faire participer dans des séances éducatives des personnes ayant des expériences vécues à partager.

Il est reconnu, toutefois, que nombre d'enseignants et de programmes universitaires éprouvent des difficultés à

répondre aux nombreuses demandes de changements des programmes d'études des systèmes d'éducation médicale qui peuvent manquer de ressources.

La formation des résidents

Il est essentiel que les résidents de médecine familiale et de psychiatrie soient capables de comprendre et de voir directement à quel point une meilleure collaboration peut améliorer les soins et les résultats.

Dans plusieurs programmes, les résidents de médecine familiale ont l'occasion de faire l'expérience des approches de « soins partagés » ou de « soins de santé mentale en collaboration » durant leur formation. La formation des résidents de médecine familiale en science du comportement est continuellement renforcée; l'on vise surtout à intégrer la formation en santé mentale et toxicomanie dans les unités d'enseignement de la médecine familiale, et à la lier aux activités cliniques des résidents. Le Groupe de travail recommande que les résidents de médecine familiale soient formés dans des contextes de soins de première ligne dans lesquels les soins en collaboration sont modelés et enseignés dans la gamme complète du contenu de la médecine familiale, y compris la santé mentale.

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada a récemment terminé une revue exhaustive de la formation postdoctorale des psychiatres, et de nouvelles lignes directrices de la formation ont été publiées. Les résidents de psychiatrie sont désormais tenus de passer un minimum de huit semaines dans des projets en collaboration, idéalement dans les soins de première ligne, si des stages sont disponibles. Les programmes de formation doivent travailler avec des partenaires des soins de première ligne afin d'élaborer les stages cliniques appropriés. Tout cela doit être soutenu par le développement de ressources pertinentes qui peuvent être offertes à tous les programmes de résidence, comme des sujets et (ou) présentations de séminaire et des références⁶⁶.

La communauté de recherche et d'évaluation

Pour donner suite au projet financé par le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP) de l'Amélioration continue de la mesure de la qualité dans qualité (ACMQ) dans les soins et services de première ligne en santé mentale⁶⁷, il faut identifier les instruments et mesures de dépistage, de surveillance et d'évaluation communs qui fourniront des données comparatives. L'inclusion d'une composante d'évaluation dans chaque projet en collaboration entraînera une plus grande amélioration de la prestation de services et ajoutera au bassin des données canadiennes. En outre, nous pourrions mieux comprendre ce qui fonctionne dans les soins de santé mentale en collaboration grâce à des

projets d'évaluation et de recherche, dont des études multicentriques, qui mesurent :

1. Les résultats des nouvelles initiatives chez les personnes et la population.
2. Les avantages et (ou) les coûts économiques (dont les coûts compensés).
3. L'effet d'approches de traitement normalisées.
4. L'effet des soins en collaboration sur les modèles d'aiguillage, les temps d'attente et l'accès.
5. Les compétences requises pour travailler dans des modèles en collaboration.
6. Les avantages pour les prestataires de soins de santé.
7. La satisfaction des usagers et (ou) des familles à l'égard des soins.
8. Quels problèmes et populations sont le mieux servis dans les soins de première ligne et lesquels ont besoin de services spécialisés de santé mentale et toxicomanie.

Le milieu de travail

Bien que cela dépasse la portée du présent énoncé de principe, il importe de reconnaître que les facteurs liés au milieu de travail, dont les blessures entraînant une incapacité, jouent souvent un rôle dans les problèmes de santé mentale et de toxicomanie. La collaboration entre le milieu de travail, les services de santé aux employés, et les prestataires de soins de première ligne et de SMetT peut contribuer à réduire les répercussions des problèmes de santé mentale et toxicomanie et à aider la personne à s'adapter plus efficacement.

L'APC et le CMFC

Le soutien de l'APC et du CMFC et le partenariat de travail qu'ils ont établi ont été un facteur majeur de l'évolution des soins de santé mentale en collaboration au Canada. Pour faire fructifier les gains déjà réalisés, les deux organismes doivent continuer à promouvoir ce modèle auprès de leurs membres et dans le milieu élargi de la santé au pays. Les deux organismes ont appuyé des moyens de relier les prestataires des différentes disciplines, comme :

1. Un point d'information central pour les prestataires, planificateurs et consommateurs intéressés aux soins en collaboration, ce qui comprendra des descriptions des programmes, des ressources, et de l'aide aux programmes de formation, aux communautés d'apprentissage et aux personnes qui démarrent de nouvelles initiatives. Il existe présentement un site Web sur les soins de santé mentale en collaboration⁶⁸ qui pourrait être développé.
2. Le congrès annuel canadien des soins de santé mentale en collaboration qui rassemble les prestataires, patients, et bailleurs de fonds pour échanger des idées et explorer de futures initiatives de collaboration.

Conclusions

Dans les 12 dernières années, de grands progrès ont été réalisés dans l'établissement de partenariats de collaboration entre les soins de première ligne et les services de SMetT, et entre médecins de famille et psychiatres. L'acceptation et l'intérêt grandissants pour cette approche par les prestataires, les bailleurs de fonds et les gens qui utilisent ces services offrent l'occasion d'élargir ces approches afin d'aborder les questions plus vastes auxquelles font face les systèmes de prestation de soins de santé du Canada. Apprendre de ce qui a fonctionné et adapter les modèles réussis pour répondre aux nouveaux besoins nous permettront d'améliorer la santé de nos collectivités et l'expérience de chercher et de recevoir des soins, et d'offrir des services de manière abordable et durable.

Bibliographie

- Kates N, Craven M, Bishop J, et coll. Les soins de santé mentale partagés au Canada. *Revue canadienne de psychiatrie* [Énoncé de principes]. 1997;42(8 Encart):1–12.
- Kates N, Gagné MA, Whyte JM. Collaborative mental health in Canada: looking back and looking ahead. *Can J Comm Ment Health*. 2008;27(2):1–4.
- Kates N. Promoting collaborative care in Canada: the Canadian Collaborative Mental Health Initiative. *Fam Syst Health*. 2008;26:466–473.
- Pauzé E, Gagné MA. Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires : Un examen des initiatives canadiennes. Volume II Guide des ressources [Internet]. Mississauga (ON): Initiative canadienne de collaboration en santé mentale; 2005 [dernier accès le 23 juill. 2010]. Disponible à l'adresse : http://www.ccmhi.ca/fr/products/documents/05b_CanadianReviewII-FR.pdf.
- L'Organisation mondiale de la santé et l'Organisation mondiale des médecins généralistes. Integrating mental health into primary care: a global perspective [Internet]. Genève (CH): WHO Press; 2008 [dernier accès le 23 juill. 2010]. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/mental_health/policy/Integratingmhintopriarycare2008_lastversion.pdf.
- Slomp M, Bland R, Patterson S, et coll. Three-year physician treated prevalence rate of mental disorders in Alberta. *Can J Psychiatry*. 2009;54(3),199–203.
- Collège des médecins de famille du Canada. Les soins de première ligne centrés sur les patients au Canada : le concept du « Medical Home » [Document de travail] [Internet]. Mississauga (ON): Collège des médecins de famille du Canada; 2009 [dernier accès le 23 juill. 2010]. Disponible à l'adresse : <http://www.cfpc.ca/projectassets/templates/resource.aspx?id=890&langType=3084>
- Craven M, Bland R. Meilleures pratiques pour des soins de santé mentale axés sur la collaboration : Une analyse des données existantes. *Can J Psychiatry*. 2009;51(Suppl. 1): 7S–72S [dernier accès le 23 juillet 2010]. Disponible à l'adresse : http://www.ccmhi.ca/fr/products/documents/04_BetterPractices_FR.pdf.
- Kates N, George L, Crustolo AM, et coll. Findings from a comparison of mental health services in primary care and outpatient mental health services. *Can J Comm Ment Health*. 2008;27(2):93–103.
- Dietrich AJ, Oxman TE, Williams JW Jr, et coll. Re-engineering systems for the treatment of depression in primary care: cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2004;329(7466):602.
- Solberg LI, Asche SE, Margolis KL, et coll. Relationship between the presence of practice systems and the quality of care for depression. *Am J Med Qual*. 2008;23:420–426.
- Rost K, Nutting P, Smith JL, et coll. Managing depression as a chronic disease: a randomised trial of ongoing treatment in primary care. *BMJ*. 2002;325(7370):934.
- Lin EH, Katon WJ, Simon GE, et coll. Achieving guidelines for the treatment of depression in primary care: is physician education enough? *Med Care*. 1997;35:831–842.
- Kates N, Crustolo AM, Farrar S, et coll. Integrating mental health services into primary care: lessons learnt. *Fam Syst Health*. 2001;19:5–12.
- Mitchell G, Del Mar C, Francis D. Does primary medical practitioner involvement with a specialist team improve patient outcomes? A systematic review. *Br J Gen Pract*. 2002;52:934–939.
- Hunkeler EM, Meresman JF, Hargreaves WA, et coll. Efficacy of nurse telehealth care and peer support in augmenting treatment of depression in primary care. *Arch Fam Med*. 2000;9:700–708.
- Gilbody S, Bower P, Fletcher J, et coll. Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch Intern Med*. 2006;166:2314–2321.
- Gilbody S, Sheldon T, House A. Screening and case-finding instruments for depression: a meta-analysis. *CMAJ*. 2008;178:997–1003.
- Katon W, Von Korff M, Lin E, et coll. Stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of depression: a randomized trial. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56:1109–1115.
- Katon WJ, Simon G, Russo J, et coll. Quality of depression care in a population-based sample of patients with diabetes and major depression. *Med Care*. 2004;42:1222–1229.
- Unützer J, Katon WJ, Callahan CM, et coll. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2002;288:2836–2845.
- Wells KB, Sherbourne C, Schoenbaum M, et coll. Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2000;283:212–220.
- Bower P, Gilbody S. Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. *BMJ*. 2005;330:839–842.
- Neumeyer-Gromen A, Lampert T, Stark K, et coll. Disease management programs for depression: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Med Care*. 2004;42:1211–1221.
- Katon WJ, Von Korff M, Lin EH, et coll. The Pathways Study: a randomized trial of collaborative care in patients with diabetes and depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61:1042–1049.
- Roy-Byrne PP, Wagner AW, Schraufnagel TJ. Understanding and treating panic disorder in the primary care setting. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(Suppl 4):16–22.
- Gilbody S. Depression in older adults: collaborative care model seems effective. *Evid Based Ment Health*. 2008;11(2):44.
- Rubenstein LV. Review: collaborative care was effective for depression in primary care in the short and longer term. *Evid Based Med*. 2007;12:109.

29. Katon WJ, Unützer J. Collaborative care models for depression: time to move from evidence to practice. *Arch Intern Med.* 2006;166:2304–2306.
30. Bartels SJ, Coakley EH, Zubritsky C, et coll. Improving access to geriatric mental health services: a randomized trial for depression, anxiety, and at-risk alcohol use. *Am J Psychiatry.* 2004;161:1455–1462.
31. Katon W, Von Korff M, Lin E, et coll. Collaborative management to achieve treatment guidelines: impact on depression in primary care. *JAMA.* 1995;273:1026–1031.
32. Doey T, Hines P, Myslik B, et coll. Creating primary care access for mental health care clients in a community mental health setting. *Can J Comm Ment Health.* 2008;27(2):129–138.
33. Hepner KA, Rowe M, Rost K, et coll. The effect of adherence to practice guidelines on depression outcomes. *Ann Intern Med.* 2007;147:320–329.
34. Michalak EE, Goldner EM, Jones W, et coll. The management of depression in primary care: current state and a new team approach. *B C Med J.* 2002;44:408–411.
35. Collins KA, Wolfe VV, Fisman S, et coll. Managing depression in primary care: community survey. *Can Fam Physician.* 2006;52:878–879.
36. Bower P, Byford S, Sibbald B, et coll. Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. II: cost effectiveness. *BMJ.* 2009;321:1389–1392.
37. Schoenbaum M, Unützer J, Sherbourne C, et coll. Cost-effectiveness of practice-initiated quality improvement for depression: results of a randomized controlled trial. *JAMA.* 2001;286:1325–1330.
38. Unützer J, Rubenstein L, Katon WJ, et coll. Two-year effects of quality improvement programs on medication management for depression. *Arch Gen Psychiatry.* 2001;58:935–942.
39. Simon GE, Von Korff M, Ludman EJ, et coll. Cost-effectiveness of a program to prevent depression relapse in primary care. *Med Care.* 2002;40:941–950.
40. Katon WJ, Roy-Byrne P, Russo J, et coll. Cost-effectiveness and cost offset of a collaborative care intervention for primary care patients with panic disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2002;59:1098–1104.
41. Katon WJ, Schoenbaum M, Fan MY, et coll. Cost-effectiveness of improving primary care treatment of late-life depression. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62:1313–1320.
42. Simon GE, Katon WJ, Lin EH, et coll. Cost-effectiveness of systematic depression treatment among people with diabetes mellitus. *Arch Gen Psychiatry.* 2007;64:65–72.
43. Unützer J, Katon WJ, Fan MY, et coll. Long-term cost effects of collaborative care for late-life depression. *Am J Manag Care.* 2008;14:95–100.
44. Katon WJ, Russo JE, Von Korff M, et coll. Long-term effects on medical costs of improving depression outcomes in patients with depression and diabetes. *Diabetes Care.* 2008;31:1155–1159.
45. Katon WJ, Seelig M. Population-based care of depression: team care approaches to improving outcomes. *J Occup Environ Med.* 2008;50:459–467.
46. Dewa CS, Hoch JS, Carmen G, et coll. Cost, effectiveness, and cost-effectiveness of a collaborative mental health care program for people receiving short-term disability benefits for psychiatric disorders. *Can J Psychiatry.* 2009;54:379–388.
47. Asarnow JR, Jaycox LH, Tang L, et coll. Long-term benefits of short-term quality improvement interventions for depressed youths in primary care. *Am J Psychiatry.* 2009;166:1002–1010.
48. Muntzing AD, van der Feltz-Cornelis CM, van Marwijk HW, et coll. Collaborative stepped care for anxiety disorders in primary care: aims and design of a randomized controlled trial. *BMC Health Serv Res.* 2009;9:159.
49. Simon GE, Ludman EJ, Rutter, CM. Incremental benefit and cost of telephone care management and telephone psychotherapy for depression in primary care. *Arch Gen Psychiatry.* 2009;66:1081–1089.
50. Drummond C, Coulton S, James D, et coll. Effectiveness and cost-effectiveness of a stepped care intervention for alcohol use disorders in primary care: pilot study. *Br J Psychiatry.* 2009;195:448–456.
51. Duncan E, Best C, Hagen S. Shared decision making interventions for people with mental health conditions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(1):CD007297. Review.
52. Collins C, Hewson DL, Munger R, et coll. Evolving models of behavioral health integration in primary care [Internet]. New York (NY): Millbank Memorial Fund; 2010 [dernier accès le 23 juill. 2010]. Disponible à l'adresse : <http://www.milbank.org/reports/10430EvolvingCare/EvolvingCare.pdf>.
53. Butler M, Kane RL, McAlpine D, et coll. Integration of mental health/substance abuse and primary care. No 173. AHRQ Publication No 09-E003 [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2008 [dernier accès le 23 juill. 2010]. Disponible à l'adresse : <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/mhsapc/mhsapc.pdf>.
54. Storck M, Beal T, Bacon JG, et coll. Behavioral and mental health challenges for indigenous youth: research and clinical perspectives for primary care. *Pediatr Clin North Am.* 2009;56:1461–1479.
55. Katon WJ. The Institute of Medicine “Chasm” report: implications for depression collaborative care models. *Gen Hosp Psychiatry.* 2003;25:222–229.
56. Mulvale G, Danner U, Pasic D. Advancing community-based collaborative mental health care through interdisciplinary Family Health Teams in Ontario. *Can J Comm Ment Health.* 2008;27(2):55–73.
57. Bosmans JE, van Schaik DJ, Heymans MW, et coll. Cost-effectiveness of interpersonal psychotherapy for elderly primary care patients with major depression. *Int J Technol Assess Health Care.* 2007;23:480–487.
58. Kates N, Ackerman S, Crustolo AM, et coll. Collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires : Une trousse d'outils sur la planification et la mise en œuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs [Internet]. Mississauga (ON): Initiative canadienne de collaboration en santé mentale; 2006 [dernier accès le 23 juill. 2010]. Disponible à l'adresse : http://www.ccmhi.ca/fr/products/toolkits/documents/FR_Collaborationbetweenmentalhealthandprimarycareservices.pdf
59. Association canadienne de protection médicale. Les soins concertés : perspective de la responsabilité médicale [Internet]. Ottawa (ON): Association canadienne de protection médicale; 2007 [dernier accès le 23 juill. 2010]. Disponible à l'adresse : http://www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/submissions_papers/pdf/06_collaborative_care-f.pdf.
60. Kiraly B, Gunning K, Leiser J. Primary care issues in patients with mental illness. *Am Fam Physician.* 2008;78:355–362.

61. Jones DR, Macias C, Barreira PJ, et coll. Prevalence, severity, and co-occurrence of chronic physical health problems of persons with serious mental illness. *Psychiatr Serv.* 2004;55:1250–1257.
62. MacMillan HL, Patterson CJ, Wathen CN, et coll. Screening for depression in primary care: recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ.* 2005;172:33–35.
63. Hunter CL, Goodie JL, Oordt MS, et coll. Integrated behavioral health in primary care: step-by-step guidance for assessment and intervention. Washington (DC): American Psychological Association; 2009.
64. James LC, O'Donohue WT, éditeurs. The primary care toolkit: practical resources for the integrated behavioral care provider. New York (NY): Springer; 2009.
65. Rockman P, Salach L, Gotlib D, et coll. Shared mental health care. Model for supporting and mentoring family physicians. *Can Fam Physician.* 2004;50(3):397–402.
66. Kates N. Shared/collaborative mental health care. Dans : Leverette JS, Hnatko G, Persad E, éditeurs. *Approaches to postgraduate education in psychiatry in Canada: what educators and residents need to know.* Ottawa (ON): Canadian Psychiatric Association; 2009. p 183–197.
67. Amélioration continue de la mesure de qualité et Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction. Amélioration continue de la mesure de qualité (ACMQ) dans les soins et services de première ligne en santé mentale. Ce projet a été financé par le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (Primary Health Care Transition Fund)—enveloppe nationale—de Santé Canada [Internet]. Ottawa (ON): ACMQ; 2006 [dernier accès le 3 mars 2011]. Disponible à l'adresse : <http://www.ceqm-acmq.com/>.
68. Collaborative Mental Health Care. Shared care [page d'accueil]. Hamilton (ON): Collaborative Mental Health Care; [date de publication inconnue] [dernier accès le 3 mars 2011]. Disponible à l'adresse : <http://www.shared-care.ca>.