

Des soins primaires intégrés ou les univers parallèles de la santé mentale et physique

Mélanie Perroux
Université de Montréal

Lily Lessard
Université du Québec à Rimouski

Caroline Larue et Arnaud Duhoux
Université de Montréal

Damien Contandriopoulos
University of Victoria

RÉSUMÉ

Malgré l'offre de soins de santé mentale dans les soins primaires, la fragmentation des soins de santé mentale et physique demeure. Cet article analyse des modèles de prise en charge qui permettraient une globalité des soins, et fonde ses résultats sur 7 études de cas d'équipes multidisciplinaires reposant sur une pratique infirmière élargie au Québec, ainsi que sur des entrevues avec des professionnels de la santé (n = 51). Les résultats démontrent que les rôles demeurent cloisonnés suivant une dichotomie santé mentale et physique, et ce, malgré la composition multidisciplinaire des équipes. Ils indiquent également l'existence d'un rapport inversement proportionnel entre la complexité des situations de soins et le nombre de professionnels impliqués.

Mots clés : équipes multidisciplinaires, soins primaires, santé mentale, globalité, pratique infirmière élargie

ABSTRACT

Mental and physical health care remain fragmented despite the provision of mental health care in primary care services. This article analyzes care models supposed to favour an integrated approach and

Mélanie Perroux, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal; Lily Lessard, Département des sciences de la santé, Université du Québec à Rimouski; Caroline Larue, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal; Arnaud Duhoux, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal; Damien Contandriopoulos, School of Nursing, University of Victoria.

Avec la participation financière de l'institut de Recherche en Santé Publique de l'Université de Montréal, le Réseau de Recherche en Interventions en Science Infirmière du Québec et Institute of Health Services and Policies Research (Grant number : MOP-136851)

Pour toute correspondance concernant cet article, s'adresser à Arnaud Duhoux, Faculté des sciences infirmières, Pavillon Marguerite-d'Youville, C.P. 6128 succ. Centre-ville Montréal (Québec) H3C 3J7. Courriel : arnaud.duhoux@umontreal.ca

bases its results on seven case studies of multidisciplinary teams relying on expanded nursing role in Quebec, as well as on interviews with health professionals (n = 51). The results show that the roles remain partitioned according to a mental and physical health dichotomy, despite the multidisciplinary composition of the teams. Moreover, they suggest the existence of an inversely proportional relationship between the complexity of care situations and the number of professionals involved.

Keywords: expanded nursing role, mental health, primary care, multidisciplinary teams, comprehensiveness

Les systèmes de santé font face à des défis qui menacent leur pérennité et obligent les gouvernements à prendre des mesures pour améliorer leur performance (Clavet, Duclos, Fortin, Marchand & Michaud, 2013; Commission on Social Determinants of Health, 2007; Rittenhouse, Shortell & Fisher, 2009). Ces mesures impliquent notamment l'élargissement des services offerts au niveau des soins primaires, dont la prise en charge des troubles mentaux (Organization, Colleges, Academies & Physicians, 2008), selon une logique d'interdisciplinarité (Christensen, Grossman & Hwang, 2009; Auteur, 2015; Lavis & Boyko, 2009). Au Québec, le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 entérinait la création d'équipes multidisciplinaires de santé mentale (EMSM) (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2005) agissant sous le modèle de coordination-consultation (Emmanuelle Careau et coll., 2015; Fleury, 2009) afin de soutenir les équipes de soins généraux. Le mandat des EMSM a ensuite évolué d'un rôle principal de soutien vers celui d'une prise en charge accrue dans le Plan d'action 2015-2020 qui a suivi (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2015).

Malgré ce déploiement de l'offre de soins de santé mentale dans les soins primaires, de nombreux professionnels et groupes de patients regrettent que les personnes ayant des troubles mentaux n'obtiennent pas de soins de santé physique (Das, Naylor & Majeed, 2016). Inversement, de nombreuses personnes consultant pour des troubles physiques vivent avec une problématique de santé mentale qui demeure non diagnostiquée, donc non traitée (Fleury, 2009; Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2005, 2015; Organization et coll., 2008). Les barrières à cette globalité des soins sont bien documentées (Das et coll., 2016) : pénurie des ressources, mode de rémunération à l'acte n'encourageant pas la communication et la collaboration, confusion des rôles, fragmentation des soins, manque de leadership, stigmatisation des approches thérapeutiques différentes, etc. Une autre de ces barrières serait la vision disciplinaire et cloisonnée des rôles (Shaw, Rosen & Rumbold, 2011) qui influence négativement le sentiment de responsabilité des soignants et augmente la probabilité d'une expérience de soins fragmentée pour les patients, entraînant des visites plus fréquentes et des hospitalisations évitables (Commissaire à la Santé et au bien-être, 2012; Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2015).

Le projet de recherche d'Équipes de Soins Primaires Intégrés (ESPI) au Québec s'intéresse à ce besoin de globalité et d'intégration des soins en étudiant 7 équipes de soins primaires (Contandriopoulos et coll., 2015). Les structures de ces équipes diffèrent de celles du réseau de la santé par leur offre de services étendue et leur grande multidisciplinarité, reposant sur des rôles infirmiers avancés (Contandriopoulos et coll., 2015). Cet article vise à préciser le niveau d'intégration des soins dans ces équipes, lorsque la personne présente à la fois des besoins de santé physique et mentale. Les facteurs influençant cette intégration, dont la place des EMSM et celle des infirmières dans ce processus d'intégration, sont également abordés et discutés.

CADRE DE RÉFÉRENCE

La globalité de soins consiste en la capacité des équipes à assurer de manière intégrée l'ensemble des besoins des personnes (Contandriopoulos et coll., 2018). Dans les soins primaires, elle réfère à une offre de service complète, qui se module en fonction de la complexité des soins, où la personne est prise en charge sans être référée inutilement vers les soins spécialisés. Au Québec, il existe deux modèles de prise en charge ayant comme point commun la détermination de la responsabilité et des tâches professionnelles en fonction de la complexité (Contandriopoulos et coll., 2018). Le premier est le modèle par modules de soins, tels que les EMSM, qui fait référence à un partage des tâches selon des programmes-clientèles tels que la clinique du diabète, le programme santé mentale, ou encore le programme de périnatalité et petite enfance. Le second modèle s'appuie sur le principe de subsidiarité où chaque professionnel prend en charge une grande étendue des besoins de la personne en respectant son champ de pratique.

Le *Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux* de Careau et coll. illustré à la figure 1 permet d'étudier la nature des interactions des professionnels à l'intérieur de ces deux modèles et d'en évaluer l'intégration clinique (Careau et coll., 2014 ; 2015). Ce continuum lie la complexité des soins, au degré d'intégration des savoirs disciplinaires (unidisciplinaire, multidisciplinaire, interdisciplinaire) et au niveau d'interactions à privilégier selon 5 niveaux d'interdépendances. Les niveaux les plus faibles d'interactions sont la pratique indépendante, misant sur la dyade patient-soignant, et la pratique en parallèle, impliquant la relation avec plusieurs professionnels pour s'informer des interventions implantées. Ces niveaux impliquent une faible complexité des situations. À un niveau moyen d'intégration et de complexité se trouve la pratique par consultation/référence où un intervenant cherche le soutien d'un autre professionnel afin de compléter ou orienter ses interventions ou pour une demande d'évaluation ou de traitement. Un niveau supérieur de complexité nécessite, quant à lui, des pratiques de concertation décrivant une collaboration en vue d'organiser la cohérence et la complémentarité des services en tenant compte des objectifs disciplinaires attendus de chaque professionnel impliqué. Enfin, la pratique partagée permet la décision collective des objectifs et des interventions à privilégier entre tous les professionnels, le patient et sa famille lorsque le niveau de complexité est très élevé. Le fait que les interactions et l'intégration des savoirs doivent s'adapter et augmenter à mesure que la complexité des besoins s'intensifie est aussi cohérent avec les modèles de soins par étapes (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2005 ; Shaw et coll., 2011) prônés dans les approches actuelles en santé mentale (Organization et coll., 2008 ; Seekles, van Straten, Beekman, van Marwijk & Cuijpers, 2009). Ces modèles prévoient une modulation des approches en fonction de l'intensité de l'atteinte fonctionnelle et prônent une meilleure intégration des soins entre les intervenants d'un même niveau de services (intégration horizontale) et entre les niveaux de services (intégration verticale) (Health, Health, Excellence, Society & Psychiatrists, 2011).

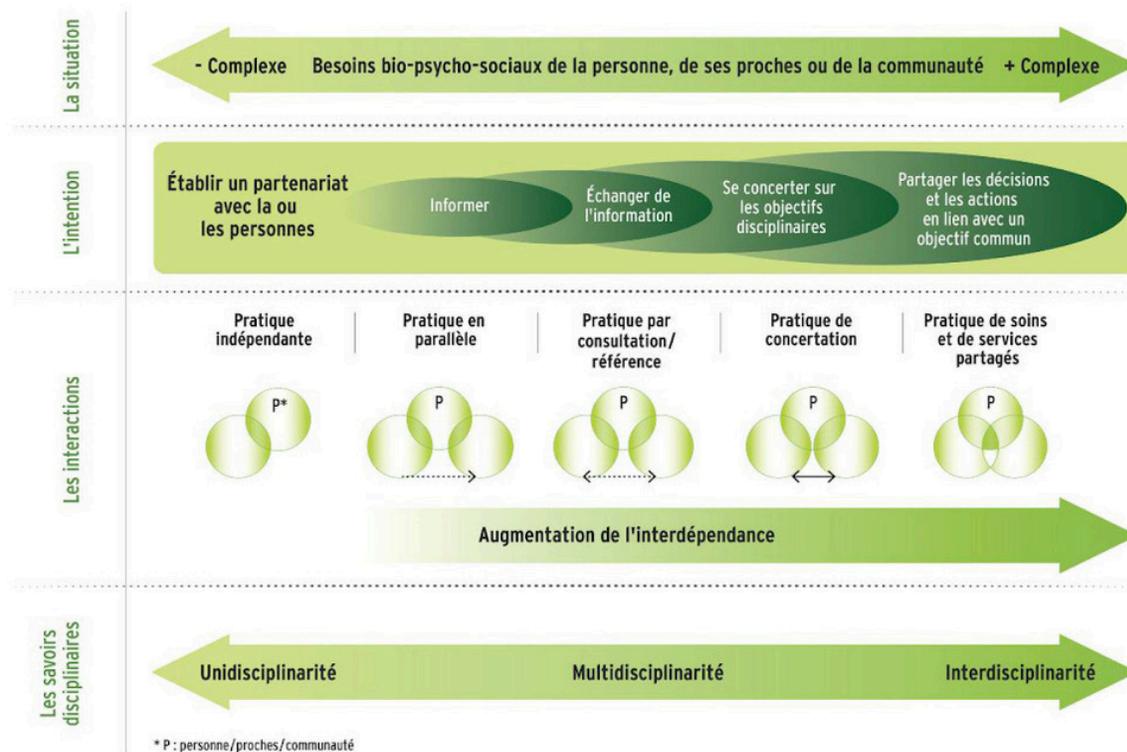
MÉTHODE

Milieus à l'étude, échantillon et collecte des données

Les données ont été recueillies dans le cadre de 7 études de cas, menées au Québec auprès d'autant d'équipes multidisciplinaires reposant sur une pratique infirmière élargie (Contandriopoulos et coll., 2015). Les variations des structures de dispensations des soins primaires (Groupe de médecine de famille [GMF], Centre

Figure 1

Le continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux



Source : Careau et al., 2015

local de services communautaires [CLSC], Unité de médecine familiale [UMF], coopératives de solidarité en santé) et l'étape de mise en œuvre de ces équipes ont été prises en compte lors de la sélection afin d'améliorer la validité externe (Patton, 2002 ; Yin, 1989). Les différentes caractéristiques de ces milieux sont résumées au tableau 1, mais il est possible de faire ressortir des caractéristiques communes. Par exemple, les milieux A, B et C sont des structures hors du réseau public de la santé et des services sociaux qui s'occupent majoritairement de clientèles marginalisées (personnes en situation d'itinérance, consommatrices de drogues, issues du milieu carcéral ou de la prostitution, nouvellement immigrées) et/ou désaffiliées, c'est-à-dire n'étant pas inscrites auprès du régime public d'assurance maladie.

Il n'y avait pas de professionnel spécialisé en toxicomanie dans nos cas étudiés, bien que le milieu F développait un projet infirmier spécifique pour cette clientèle. Au moment des entrevues, il n'y avait pas d'infirmière praticienne spécialisée de première ligne (IPSPL) dans les milieux B, C et D. Sur le plan de la prise en charge, les milieux A, B et C représentent les équipes impliquant le plus les patients dans l'élaboration du plan d'intervention, mais aucun des milieux à l'étude n'a déclaré impliquer régulièrement la famille.

Tableau 1
Caractéristiques structurelles des milieux d'Équipes de Soins Primaires Intégrés (ESPI)

A	B	C	D	E	F	G
Type de structure	Hors réseau	Hors réseau	GMF	CSLC-GMF-UMF (réseau public)	UMF-GMF (réseau public)	GMF
Modèle de prise en charge	Subsidiarité Pas d'EMSM	Modules de soins EMSM : interne avec prise en charge spécifique	1 module de soins EMSM : en externe, consultative	Modules de soins EMSM : consultative	Majoritairement subsidiarité, mais quelques modules de soins EMSM : consultation	Modules de soins EMSM : prise en charge
Effectifs cliniques (en Équivalent Temps Complet)	IPSPL (1,5) IC (0,5) IT (0,5) Intervenant sociaux (0,3)	IC : 1,4 ETP Travailleurs sociaux : 0,1 ETP 3 Coordonnateurs : 3 ETP Intervenants : 16 ETP Psychologues : 1 ETP Dentistes : 1ETP	MD (5,9) IC (1,6) IT (1)	MD (11,5) IPSPL (3) IC (8,5) IT (2) Travailleurs sociaux (1) Autres prof. (2) Résidents	MD omnipraticiens (10) et spécialistes IPSPL (2) IC (4) Infirmières auxiliaires (1,5) Travailleurs sociaux (0,5) Résidents-stagiaires Psychologue (0,6)	MD (8) et spécialistes IPSPL (1) IC (2) IT (3) Autres prof. (3) IC santé Mentale (1)
Type de clientèle	Marginalisée, désaffiliée, Hépatite C et VIH-Sida	Marginalisée, désaffiliée	Population générale affiliée	Population générale affiliée Immigration récente	Population générale affiliée	Population générale affiliée

EMSM : équipe multidisciplinaire de santé mentale

IC : infirmière clinicienne (détentricrice d'un baccalauréat en sciences infirmières)

IPSPL : infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne

IT : infirmière technicienne (détentricrice d'un diplôme d'études collégiales en soins infirmiers)

MD : médecin omnipraticien

Les données proviennent d'entrevues semi-dirigées individuelles ou collectives réalisées entre octobre 2014 et décembre 2016 auprès de gestionnaires, médecins, IPSPL, infirmières cliniciennes ou techniciennes, psychologues, intervenants communautaires, et autres professionnels choisis pour leur connaissance des origines, du fonctionnement et des services offerts par la clinique (Contandriopoulos et coll., 2015). Les entrevues d'environ 60 minutes se sont déroulées sur leur lieu de travail et ont documenté les objectifs, les modes de prise en charge et les caractéristiques des modèles multidisciplinaires développés.

Des entrevues plus approfondies sur le thème de la santé mentale ont aussi été organisées dans le cadre d'un projet de maîtrise (Charron, 2017) afin de comparer 2 de ces équipes (cas A et F) ayant une pratique en santé mentale significative, une diversité de clientèles et un niveau de complexité des soins en santé mentale similaires. Ces équipes diffèrent toutefois l'une de l'autre quant à la présence ou non d'une EMSM. Cette deuxième série d'entrevues visait à définir le rôle des professionnels, particulièrement celui des infirmières, à documenter la prise en charge des troubles mentaux, le dépistage et le suivi de ces patients, ainsi qu'à répertorier les facteurs d'influence et les défis de la collaboration interprofessionnelle.

Analyse des données

Dans le cadre du projet ESPI (Contandriopoulos et coll., 2015), les verbatim des entrevues ont été retranscrits et les extraits ont d'abord été catégorisés sous 6 grands thèmes non mutuellement exclusifs : Structure des modèles de soins, Processus de soins, Résultats des soins, Évolution du modèle de soins, Capacité d'apprentissage et Santé mentale. Pour cet article, une lecture approfondie de tous les extraits du thème « Santé mentale » a été réalisée et a d'abord permis d'identifier les extraits portant sur les pratiques de soins chez les personnes présentant des besoins en santé physique et en santé mentale tant au niveau curatif, préventif que social. Ces pratiques ont ensuite été documentées selon différents niveaux de complexité des situations de soins. La considération des écrits scientifiques et de la littérature grise a permis de déterminer ces niveaux de complexité allant au-delà du diagnostic et établis en fonction de l'intensité des atteintes fonctionnelles des points de vue des relations interpersonnelles, des compétences sociales et du travail (Das et coll., 2016 ; Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2005, 2015 ; Organization et coll., 2008 ; Vreeland, 2007). Trois niveaux de complexité ont été dégagés :

- Complexité de la situation de soins faible : troubles anxieux ou troubles dépressifs avec atteintes fonctionnelles de légères à modérées avec peu de multimorbidité ou peu de facteurs de vulnérabilité ;
- Complexité de la situation de soins moyenne : troubles mentaux anxieux ou dépressifs avec atteintes fonctionnelles significatives ou réfractaires aux traitements ; autres troubles mentaux (p. ex. troubles psychotiques, bipolaires, démences) ou troubles de personnalité stables avec quelques comorbidités et indices de vulnérabilité élevés (itinérance, prostitution, immigration) ;
- Complexité de la situation de soins élevée : tous troubles mentaux avec haut niveau de désorganisation et d'instabilité ou avec indice de vulnérabilité très élevée et à risque de rupture sociale (violence, criminalité).

Finalement, une codification libre du matériel a permis de repérer les principaux facteurs influençant l'intégration des soins en santé physique et en santé mentale.

Éthique

Ce projet a été approuvé et supervisé par les comités d'éthique à la recherche des institutions impliquées. Tous les participants ont donné leur consentement.

RÉSULTATS

Caractéristiques des participants à l'étude

Au total, les entrevues ont eu lieu auprès de 51 professionnels, majoritairement des infirmières cliniciennes, des IPSPL (n = 26) et des médecins de famille (n = 13), mais aussi des gestionnaires (n = 5), des psychologues (n = 2), des travailleurs sociaux ou d'autres intervenants psychosociaux (n = 5).

Pratiques, intégration des soins et complexité des situations en santé mentale

Situations de soins de faible complexité

Dans le cas de situations de soins de faible complexité, les multiples rôles professionnels sont fragmentés selon les besoins. Les objectifs sont divisés par discipline ou par professionnel. Les infirmières cliniciennes et les IPSPL, traditionnellement impliquées dans les consultations primaires et le suivi des personnes ayant des maladies chroniques physiques détectent ou dépistent un trouble mental ou un problème physique puis réfèrent au médecin. Le médecin procède ensuite au diagnostic puis initie le traitement. Dans certains milieux, ce traitement est discuté en dyade entre l'infirmière et le médecin pour s'assurer qu'il soit adapté à la situation de la personne. Généralement, c'est l'IPSPL qui réalise le suivi de la partie santé mentale, tandis que l'infirmière clinicienne assure le suivi des comorbidités physiques chroniques selon les modules de soins établis. En cas de doute sur le diagnostic ou sur le traitement, l'IPSPL demande conseil au médecin traitant ou à l'EMSM. La personne reste cependant sous la responsabilité du médecin.

Ce premier modèle de pratique, illustré à la figure 2, réfère à une pratique en parallèle où la relation vise le partage d'informations, souvent grâce au dossier médical du patient, afin d'éviter les chevauchements entre les interventions. Les rôles restent majoritairement organisés en silo unidisciplinaire.

Situations de soins de complexité moyenne

Pour les situations de soins de complexité moyenne, la division entre santé mentale et physique au sein de l'équipe est nette. Ainsi, les infirmières cliniciennes sont chargées de répondre aux besoins de santé physique (suivi des maladies chroniques ou prévention) tandis que le médecin (ou l'IPSPL du milieu A, modèle en subsidiarité) assure la partie santé mentale. Le médecin ou l'IPSPL (milieu A seulement) deviennent alors des coordonnateurs de cas. Les relations avec l'EMSM sont plus développées grâce à un suivi partagé pour certains patients. Cette prise en charge s'apparente à une pratique par consultation/référence où chaque intervenant apporte une contribution spécifique. Cependant lors d'une référence, c'est le professionnel destinataire qui décide seul de l'intervention. Il s'agit alors d'une juxtaposition où chaque service s'ajoute aux autres et ils sont donc coordonnés pour s'assurer de la cohérence du plan d'intervention. Toutefois, les savoirs disciplinaires ne sont pas intégrés puisqu'il n'y a pas tant une prise en charge conjointe et discutée qu'un référencement vers le professionnel adéquat qui décidera des actions à mettre en place selon son champ de pratique. Ce modèle de prise en charge est illustré à la figure 3.

Figure 2

Modèle de soins 1 : Situation de soins de faible complexité

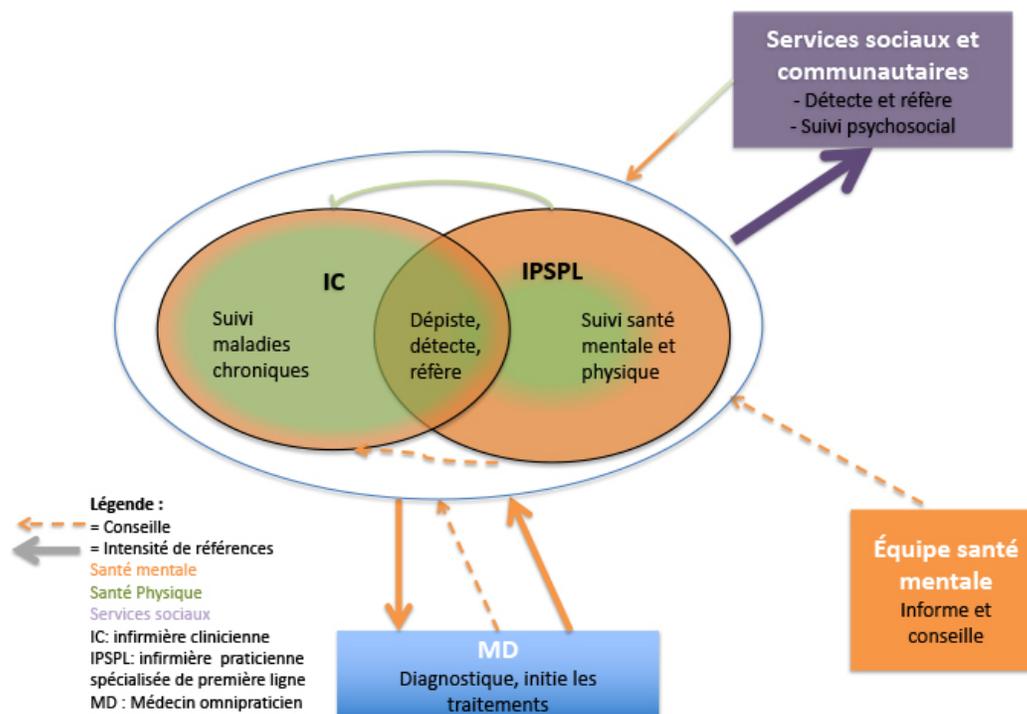
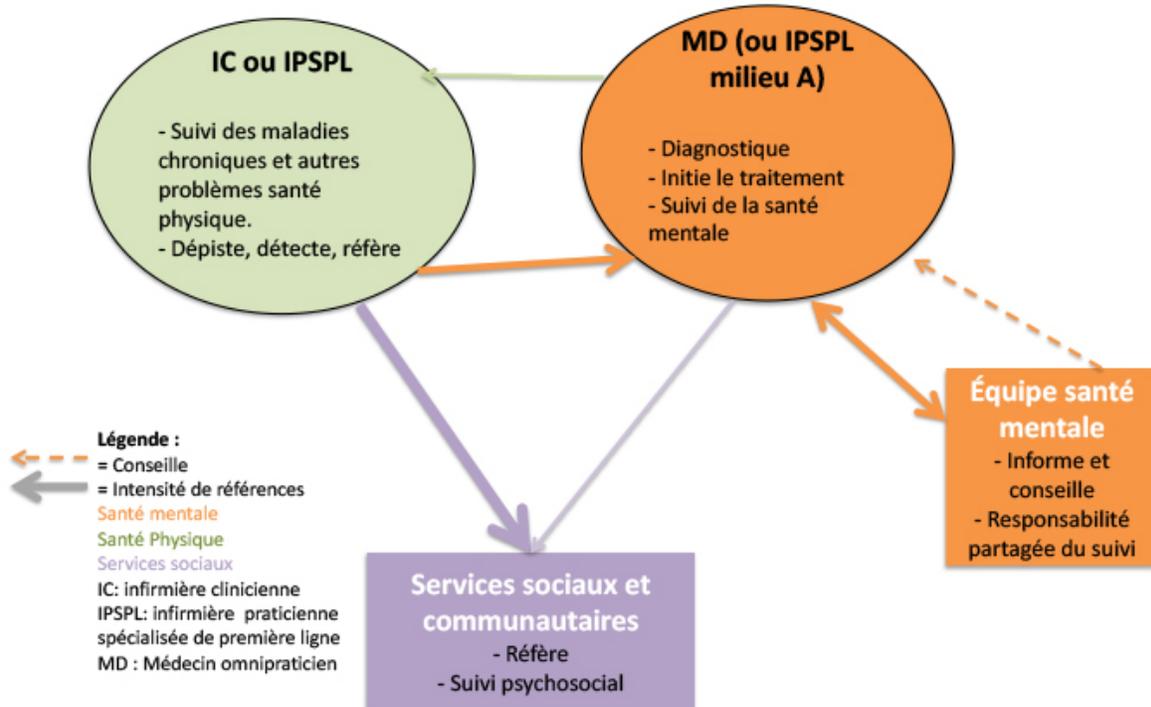


Figure 3

Modèle de soins 2 : Situation de soins de complexité moyenne



Situations de soins de complexité élevée

Pour les soins à complexité élevée, les personnes sont suivies par un psychiatre, souvent externe à l'équipe de soins primaires. Celui-ci délègue au médecin de famille (ou à l'IPSPL du milieu A) la prise en charge des maladies chroniques et des autres besoins physiques. Ces derniers ont une bonne connaissance de la situation de la personne et de ses diagnostics. Cette connaissance leur permet d'ajuster la médication en cas d'indisponibilité du psychiatre, ainsi que d'adapter leurs propres interventions de santé physique aux besoins de la personne. Il est rare que ces patients soient référés à d'autres professionnels de santé pour le suivi des maladies chroniques. La nature de la collaboration entre le psychiatre et les cliniciens de soins primaires est surtout de type référence et information puisque les décisions sont juxtaposées : ni discutées ni prises en commun. Chaque professionnel détermine ses objectifs selon sa discipline en s'assurant d'être complémentaire. Ce modèle de prise en charge est illustré à la figure 4.

Facteurs influençant l'intégration des soins en santé physique et santé mentale

Les principaux facteurs documentés sont regroupés en fonction des trois catégories : les ressources, les rôles et la structure des équipes.

Les ressources

La majorité des participants constatent la nécessité d'une prise en charge holistique et regrettent le sous-traitement de la santé physique si les antécédents médicaux ou la liste des médicaments révèlent un trouble mental. Le manque de temps et les besoins de productivité amènent les professionnels à se questionner sur la faisabilité des dépistages systématiques, lorsque recommandés par les guides de pratique. Les besoins de formation en santé mentale ont aussi été soulignés. Toutefois, plusieurs participants ont dit développer leurs compétences en détection, dépistage, référence et prise en charge à mesure que s'accroît leur « exposition » aux personnes avec des troubles mentaux.

Il arrive aussi que certains organismes communautaires détectent des problèmes physiques ou des troubles mentaux et réfèrent la personne dont la situation de soins présente un faible niveau de complexité aux équipes de soins qu'ils connaissent. À l'inverse, la plupart des professionnels de santé ont indiqué référer des personnes vers le milieu communautaire lors de situation de soins de faible complexité. Cependant, plus la situation devient complexe et moins le lien avec les organismes communautaires semble développé. En effet, dans des situations de soins de complexité moyenne ou élevée, les professionnels de la santé réfèrent peu aux organismes communautaires, mais la réciproque n'est pas rapportée. Les professionnels n'ont pas clairement explicité cette tendance. Étant donné que les psychiatres ne travaillaient pas au sein des équipes de soins primaires, mais dans d'autres structures, ils n'ont pas été rencontrés pour cette étude et nous ne pouvons pas déterminer leur relation avec les organismes communautaires. Concernant les liens entre les équipes de soins primaires et des services de crise ou des services de réadaptation en dépendance, ils ont peu été mentionnés par les participants.

Les rôles

Comme le montre la figure 5, les rôles sont cloisonnés selon leur titre d'emploi : les IC assurent majoritairement les soins de santé physique (en vert) d'un patient ayant une complexité faible qui est par ailleurs

Il semblerait que la disponibilité des infirmières lors de la prise en charge des problèmes de santé physique et leurs multiples interactions avec la personne seraient propices à la discussion sur la santé mentale. Ces approches les amènent à développer un lien de confiance avec la clientèle. Toutefois, des infirmières déplorent que la connaissance qu'ont les personnes des rôles infirmiers demeure partielle :

«Pour eux autres, on est encore des infirmières traditionnelles. Hier, j'ai vu une maman, puis elle avait déjà prévu prendre un rendez-vous dans un sans rendez-vous pour un problème d'oreille, alors que moi, je suis autorisée à tout faire l'examen physique.» (Une IPSPL)

Les structures des équipes

Dans les équipes structurées selon le modèle de prise en charge par modules avec la présence d'une EMSM (C, D, E, G), les rôles sont plus rigides et institutionnalisés que dans les modèles s'appuyant sur la subsidiarité (A, B, F). Ainsi, dans les modèles de prise en charge par modules (Contandriopoulos et coll., 2018), le modèle majoritaire des ESPI à l'étude, il existe un cloisonnement des rôles des infirmières, même des IPSPL, autour des soins de santé mentale de faible complexité et des soins physiques en lien avec les maladies chroniques. Au contraire, dans les modèles par subsidiarité, les infirmières, surtout les IPSPL, participent à la prise en charge du patient et vont beaucoup plus loin dans la complexité des soins.

«Au début, il y avait une grosse demande de suivi conjoint pour justement la santé mentale, les dépressions... j'avais pas le temps de le mettre en place, mais avec l'arrivée de (l'infirmier) qui est spécialisé là-dedans, je vais pas du tout là-dedans. C'est à lui. Tout ce qui est santé mentale s'en va vers lui. (...) Moi, je vais plus dans la maladie physique.» (Une infirmière clinicienne)

Ce modèle de prise en charge par module induit des passations de responsabilités, puisque les infirmières qui font la détection ou le dépistage ne sont pas en mesure de porter un diagnostic ni d'initier un traitement. Cette division du travail vient à l'encontre du principe de globalité.

DISCUSSION

Trois constats généraux émergent de ces résultats : 1) la rigidité des rôles influence l'intégration clinique des soins ; 2) les modèles de prise en charge demeurent biomédicaux malgré la composition multidisciplinaire des équipes ; et 3) il existe un rapport inversement proportionnel entre la complexité des situations de soins et le nombre de professionnels impliqués.

L'analyse du contenu des entrevues avec les participants selon les 3 niveaux de complexité de soins en santé mentale montre que les rôles sont encore très cloisonnés selon une dichotomie santé mentale et santé physique. Cette situation est préoccupante d'autant plus qu'il était attendu de trouver un niveau d'intégration de soins entre la santé physique et mentale plus grand dans les ESPI, présentées comme des équipes novatrices et intégrées. La rigidité des rôles, principalement rapportée dans des modèles de prise en charge par modules, dans lesquels s'inscrivent majoritairement les EMSM, s'érige en barrière à l'intégration des soins en limitant le changement de culture nécessaire (Fleury, 2009).

Redefining "core business"—As well as creating something additional, the most promising approaches also push the boundaries of existing services and attempt to shift notions of who is responsible for what. (Chercheurs du King's Fund [Das et coll., 2016])

En référence au Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle (figure 1) (Careau et coll., 2014 ; 2015), les résultats démontrent que les principales pratiques repérées sont la pratique en parallèle et la pratique par consultation/référence. Si ces pratiques permettent un certain arrimage des services rendus aux personnes combinant des besoins en santé physique et mentale, il demeure qu'ils limitent la capacité de partage des savoirs entre disciplines et la compréhension commune des besoins biopsychosociaux de la personne. En effet, leurs interactions visent surtout l'échange d'informations sur l'intervention en cours et la situation de la personne. Par ailleurs, les pratiques en parallèle et par consultation/référence nécessitent que les professionnels connaissent à la fois leurs propres limites et compétences et soient en mesure d'évaluer si la situation nécessite une évaluation, un soutien ou une prise en charge par d'autres professionnels. Pour s'assurer qu'ils répondent à la plus grande globalité possible et éviter la fragmentation des soins (Auteur, 2017), les membres des ESPI doivent développer leurs connaissances sur les autres rôles, services ou organismes ressources. Les résultats révèlent ainsi une influence entre l'organisation structurelle des rôles selon le modèle de prise en charge par module ou horizontal, et la nature des interactions des professionnels. Cependant, l'intégration des soins et des savoirs y demeure un défi. Ainsi, les deux modèles de pratique mis en lumière (parallèle et consultation/référence) sont des modèles plutôt médico-centrés où les responsabilités sont fragmentées. Ceci correspond à la situation documentée plus largement au Québec voulant que les omnipraticiens assurent la majorité des consultations pour les troubles mentaux et que leur rôle s'estompe au profit du psychiatre pour les troubles plus graves (Commissaire à la santé et au bien-être, 2012). Néanmoins, ce constat étonne, car les ESPI sont des milieux reconnus pour leur pratique infirmière élargie. Pourtant, les facteurs d'influence indiquent que la pratique des infirmières auprès des personnes combinant des problèmes de santé mentale et physique est susceptible d'accroître l'intégration des soins. Cette pratique reste toutefois à renforcer, et ce, pour tout le continuum de complexité. Aussi, au moment de cette étude, peu de rôles se situaient à l'interface de la santé mentale et physique. Le développement d'un professionnel pivot (Fleury, 2009 ; Organization et coll., 2008 ; Wagner, 1997) serait une avenue favorisant une pratique en concertation visant à mieux arrimer les services. Les infirmières seraient bien placées pour jouer ce rôle, étant habilitées à évaluer la condition de santé physique et mentale des personnes, tandis que celles détenant une maîtrise en sciences infirmières avec concentration en santé mentale et les IPS en santé mentale — qui intégreront bientôt le système de soins québécois — pourront aussi évaluer les troubles mentaux (Gouvernement du Québec, 2002). Ces rôles infirmiers pourraient être inclus dans les EMSM afin d'améliorer l'intégration, d'autant plus si ces équipes tendent à faire une prise en charge directe. Il est attendu que ces infirmières puissent référer directement aux psychiatres et prescrire certains traitements pharmacologiques en lien avec la santé mentale (p. ex. antidépresseurs, psychotropes, etc.) (Organization et coll., 2008 ; Zeiss & Karlin, 2008).

Contrairement à l'idée que les soins plus complexes pour des personnes combinant des besoins physiques et mentaux nécessitent une plus grande collaboration (Careau et coll., 2014 ; 2015 ; Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2005 ; Shaw et coll., 2011), les trois modèles de prise en charge décrits dans cette étude et établis selon la complexité des soins ne démontrent pas une collaboration interdisciplinaire où les décisions et actions sont discutées en commun. Nos résultats ne permettent donc pas de démontrer l'applicabilité du *Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux* (Careau et coll., 2014 ; 2015) à la situation des personnes présentant des besoins en santé physique et mentale. En effet, dans nos 3 modèles, plus les besoins de soins de la personne sont complexes, plus le nombre d'intervenants impliqués diminue et s'oriente vers un modèle biomédical, tout en demeurant dans

des interactions plutôt indépendantes (en parallèle ou en consultation/référence). D'ailleurs, il faut remarquer que contrairement au *Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle* qui s'appuie sur la complexité de la situation biopsychosociale du patient, de son entourage et de la communauté, les équipes à l'étude agissaient d'un point de vue biomédical : aucune n'impliquait la famille dans le plan d'intervention. Une étude portant sur la satisfaction de ces personnes et sur la globalité de la réponse à leurs besoins serait néanmoins nécessaire afin d'invalider ou non l'application du modèle à leur situation. Toutefois, une part de la réponse pourrait résider dans l'article sur les pratiques de concertation de White et coll. (White, Mercier, Dorvil & Juteau, 1992) mettant en lumière ce phénomène, l'attribuant à la fois à un clivage idéologique entre les promoteurs de l'approche biopsychosociale et ceux de l'approche biomédicale et à un clivage institutionnel entre le monde communautaire et le dernier échelon que sont les hôpitaux spécialisés en psychiatrie. Dans les milieux structurés autour d'une prise en charge par modules, le maintien d'une pratique médico-centrée, en parallèle ou de référence, est d'autant plus surprenant que ces milieux bénéficient d'une EMSM, ou travaillent avec des populations dont le fonctionnement est plus sévèrement compromis par les troubles mentaux et ont été sélectionnés sur la base de leur rôle infirmier innovant. Le modèle de subsidiarité serait une piste à la fois pour élargir la place des infirmières dans la prise en charge des troubles mentaux et mieux intégrer les soins de santé physique et de santé mentale.

Limites de l'étude

Le devis qualitatif utilisé pour cette étude visait à développer une compréhension plus approfondie de la prise en charge développée par les équipes ESPI, et ce pour tous les patients rencontrés. Aussi, les entrevues ayant servi à l'analyse proviennent d'une programmation plus vaste (Contandriopoulos et coll., 2015) et n'étaient pas recueillies spécifiquement au suivi de patients combinant troubles mentaux et problèmes de santé physique. D'ailleurs, les psychiatres, consultant le plus souvent à l'extérieur de ces équipes, n'étaient pas rencontrés. Ceci explique que leur pratique est décrite selon le point de vue des autres professionnels de soins primaires et que les données sont manquantes pour caractériser complètement leur prise en charge. Enfin, cette étude visant la compréhension des rôles dans la prise en charge des patients ayant un trouble mental et un problème physique est basée sur les perceptions que les répondants ont de leur pratique et non sur la division réelle entre le nombre de consultations pour des troubles mentaux et celles pour des problèmes de santé physique.

CONCLUSION

Cette étude indique que l'élargissement de l'offre de soins dans les équipes de soins primaires constitue toujours un défi d'intégration des soins de santé généraux et des soins de santé mentale (Das et coll., 2016; Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2015), et ce, même dans des équipes de soins intégrés multidisciplinaires comme les ESPI. Ces résultats invitent à poursuivre les recherches et la réflexion pour favoriser le rétablissement des personnes qui combinent des besoins en santé mentale et en santé physique.

RÉFÉRENCES

- Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., . . . Museux, A. (2014). Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux-Guide explicatif. *Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI)*.
- Careau, E., Briere, N., Houle, N., Dumont, S., Vincent, C. & Swaine, B. (2015). Interprofessional collaboration: development of a tool to enhance knowledge translation. *Disability and rehabilitation*, 37(4), 372–378.
- Charron, M. (2017). Le rôle de l'infirmière de première ligne quant aux troubles mentaux courants dans un contexte interprofessionnel : une étude de cas multiples.
- Christensen, C. M., Grossman, J. H. & Hwang, J. (2009). *The innovator's prescription: a disruptive solution for health care*. New York: Mc Graw Hill.
- Clavet, N.-J., Duclos, J.-Y., Fortin, B., Marchand, S. & Michaud, P.-C. (2013). *Les dépenses en santé du gouvernement du Québec, 2013-2030 : projections et déterminants*. Retrieved from Montreal, QC: <http://www.cirano.qc.ca/pdf/publication/2013s-45.pdf>
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2012). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*. Québec : Commissaire à la santé et au bien-être du Québec ; Gouvernement du Québec.
- Commission on Social Determinants of Health. (2007). *Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. Interim statement*. Geneva: World Health Organization.
- Contandriopoulos, D., Duhoux, A., Roy, B., Amar, M., Bonin, J.-P., Borges Da Silva, R., . . . Cockenpot, A. (2015). *Integrated Primary Care Teams (IPCT) pilot project in Quebec: a protocol paper*. *BMJ Open*, 5(12): p. e010559.
- Contandriopoulos, D., Perroux, M., Cockenpot, A., Duhoux, A. et Jean, E. (2018). *Analytical typology of multiprofessional primary care models*. *BMC Family Practice*, 19(44): p. 1-11.
- Das, P., Naylor, C. & Majeed, A. (2016). *Bringing together physical and mental health within primary care: a new frontier for integrated care*: SAGE Publications Sage UK: London, England.
- Fleury, M.-J. (2009). Santé mentale en première ligne. *Santé mentale au Québec*, 34(1), 19-34.
- Gouvernement du Québec. (2002). *Loi sur les infirmières et les infirmiers*. *LRQ, Québec, Éditeur*.
- Health, N. C. C. f. M., Health, N. I. f., Excellence, C., Society, B. P. & Psychiatrists, R. C. o. (2011). *Common mental health disorders: identification and pathways to care*: RCPsych Publications.
- Lavis, J. N. & Boyko, J. A. (2009). *Evidence brief: strengthening primary health care in Canada*. Hamilton (ON) : McMaster Health Forum,.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 — La force des liens*. (ISBN : 2-550-44549-X).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 — Faire ensemble et autrement*.
- Organization, W. H., Colleges, W. O. o. N., Academies, & Physicians, A. A. o. G. P. F. (2008). *Integrating mental health into primary care: a global perspective*: World Health Organization.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods* (3rd ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Rittenhouse, D. R., Shortell, S. M. & Fisher, E. S. (2009). Primary Care and Accountable Care — Two Essential Elements of Delivery-System Reform. *N Engl J Med*, 361(24), 2301–2303. doi:10.1056/NEJMp0909327
- Seekles, W., van Straten, A., Beekman, A., van Marwijk, H. & Cuijpers, P. (2009). Stepped care for depression and anxiety: from primary care to specialized mental health care: a randomised controlled trial testing the effectiveness of a stepped care program among primary care patients with mood or anxiety disorders. *BMC Health Services Research*, 9(1), 90.
- Shaw, S., Rosen, R. & Rumbold, B. (2011). What is integrated care. *An overview of integrated care in the NHS*. London: The Nuffield Trust.
- Vreeland, B. (2007). Bridging the gap between mental and physical health: A multidisciplinary approach. *Journal of clinical psychiatry*.
- Wagner E.H. (1997). What will it Take to Improve Care for Chronic Illness for the Population? *Effective clinical practice: ECP*, 1(1), 2–4.

- White, D., Mercier, C., Dorvil, H. & Juteau, L. (1992). Les pratiques de concertation en santé mentale : trois modèles. *Nouvelles pratiques sociales*, 5(1), 77–93.
- Yin, R. K. (1989). *Case Study Research: Design and Methods, Revised ed.* (Revised ed.). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Zeiss, A. M. & Karlin, B. E. (2008). Integrating mental health and primary care services in the Department of Veterans Affairs health care system. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 15(1), 73–78.