

Université de Montréal

Rôle de l'infirmière en santé mentale dans un Groupe de Médecine Familiale

Par

Maria Martino

Université de Montréal

Faculté des Sciences Infirmières

Travail dirigé présentée à

Mme Caroline Larue et Mme Christine Genest

en vue de l'obtention du grade de

Maitrise en Sciences Infirmières

Option Expert-Conseil

Septembre, 2013

© Maria Martino, 2013

Table des matières

Liste des tableaux	iii
Liste des figures	iv
Liste des acronymes	v
Remerciements	vi
Introduction	7
<i>Problématique</i>	10
But et Objectifs du travail dirigé	17
<i>Stratégies de recherche</i>	18
Cadre de référence	22
<i>Recension des écrits</i>	28
Pratique de l’infirmière en santé mentale communautaire au niveau international	30
Modèles de collaboration intégrant un intervenant en santé mentale dans des services de santé primaire	39
<i>Modèles de collaboration</i>	40
<i>Co-location</i>	41
<i>Soin intégrés</i>	41
<i>Collaborative care</i>	43
<i>Le rôle de l’intervenant de santé mentale intégré dans un service de santé primaire : gestionnaire de cas</i>	44
<i>Obstacle à la collaboration</i>	47
<i>Les impacts de l’utilisation des modèles de collaboration intégrant un intervenant en santé mentale dans des services de santé primaire</i>	51
<i>Les éléments à considérer pour l’intégration d’un intervenant de santé mentale dans les services de santé primaire</i>	55
<i>Discussion : Validation des données recensées avec un CSSS de Montréal ayant expérimenté ce rôle</i>	61
Les motifs ayant mené à l’intégration d’une infirmière dans les GMF	62

La préparation à l'intégration de l'infirmière dans les GMF	64
Les éléments facilitateurs et les obstacles rencontrés	67
Le rôle de l'infirmière et son mode de fonctionnement.....	68
Le soutien clinique et administratif.....	71
Les impacts de cette organisation de soins	72
<i>Proposition d'un modèle de prestation de soins par une infirmière en santé mentale dans un GMF</i>	76
Le rôle infirmier au Québec et son cadre législatif.....	78
Mode de collaboration proposé.....	82
Rôle de l'infirmière en santé mentale intégrée dans un GMF	84
Modèle de prestation de soins basé sur le Chronic Care Model de Wagner et al. (1999)	85
Modèle de soins en soutien à la pratique de l'infirmière	89
Les pré-requis pour l'intégration de l'infirmière en santé mentale dans un GMF	93
Conclusion	96
<i>Annexe A : Recension des écrits sur le rôle des infirmières communautaires</i>	109
<i>Annexe B : Recension des écrits sur les modèles de collaboration</i>	123

Liste des tableaux

1. Les 6 axes du <i>Chronic Care Modèle</i> de Wagner (1998).....	24
2. Tâches des Infirmières en santé mentale communautaire (ISMC).....	36
3. Les 6 axes adaptés au rôle de l'ISMC en GMF.....	87
4. Les concepts de la démarche de soins selon le Modèle de soins infirmiers Humaniste- <i>caring</i> de Girard and Cara (2012a)	92

Liste des figures

1. Cheminement clinique antérieur.....	11
2. Infirmière spécialisée en santé mentale dans une GMF.....	17
3. <i>The Chronic Care Model</i> (Wagner, 1998).....	23
4. Approche et tâches des ISMC	34
5. Étape de l'implantation du rôle de l'infirmière en santé mentale.....	66
6. Modèle du CCM adapté pour l'intégration d'une ISMC dans un GMF.....	87

Liste des acronymes

CCM: *Chronic care model*

CLSC: Centre local de santé communautaire

CSSS: Centre de santé et de services sociaux

GMF: Groupe de médecine familiale

ICS-SM/PSY : Infirmière clinicienne spécialisée en santé mentale et psychiatrie

ISM: Intervenante santé mentale

ISMC: Infirmiers en santé mentale communautaire

MO: Médecin omnipraticien

MSSS: Ministère de la santé et des services sociaux

OIIQ: Ordre des infirmiers et infirmières du Québec

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONU : Organisation des nations unies

PASM: Plan d'action en santé mentale

TSM: Troubles de santé mentale

PII: Plan de intervention individuel

PTI: Plan thérapeutique infirmier

Remerciements

Des études de 2^e cycle demandent rigueur et persévérance. Sans le soutien du corps professoral, un tel cheminement ne peut être réalisé. Alors merci à l'ensemble des professeurs que j'ai croisé et qui m'ont transmis connaissances et passion pour la profession. Un merci spécial à Mme Caroline Larue, qui m'a dirigé dans la réalisation de ce travail dirigé et qui m'a poussé à me parfaire. Merci également à tout mes collègues étudiants, qui grâce à leur soutien j'ai pu poursuivre cette belle aventure.

Je tiens également à remercier Mme Birgit Ritzhaupt et Mme Élisabeth De Souza du CSSS de l'Ouest-de-l'île qui ont eu l'amabilité et la générosité de partager leur expérience dans l'intégration du rôle de l'infirmière clinicienne en santé mentale dans une GMF.

Maintenant sur une note plus personnelle, je tiens à remercier mes proches. Mes amis, qui ont su m'encourager à poursuivre mes études. Mes parents et mon frère qui m'ont toujours soutenu dans mes projets et qui ont cru en moi. Mon conjoint et mon fils, qui sans eux, je n'aurais pu réaliser ce rêve qui m'est cher. Stéphan et Xavier ce diplôme nous l'avons obtenu ensemble.

Introduction

L'accessibilité aux services pour la clientèle de santé mentale est ardue étant donné les longues listes d'attentes. Peu de données sont disponibles quant à l'étendue de ces listes, par contre l'accessibilité de la clientèle de santé mentale aux services requis est une préoccupation partagée par divers intervenants (Institut de recherche en santé du Canada, 2010; Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2005; Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, 2009; Robitaille & Boudreault, 2009; Vallée et al., 2009). Notons d'ailleurs que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (Organisation Mondiale de la Santé, 2001), s'interroge également sur l'ensemble des services offerts et leur accès. En effet, dans son rapport sur l'état de la santé mentale au niveau mondial, elle émet certaines recommandations que chaque pays doit adapter selon sa réalité et ses besoins. Parmi ses recommandations, notons l'intégration des soins de santé mentale dans les services généraux de santé et plus spécifiquement dans les services de santé primaire. Selon celle-ci, le traitement des clients au niveau des soins de première ligne est fondamental car il permet une meilleure accessibilité aux services d'autant plus que la clientèle se présente déjà dans ce type de services.

Le Québec ne se distingue pas des autres pays membres de l'ONU. Ici, les gestionnaires des services de santé et des services sociaux ont été amenés à émettre des lignes directrices dans les établissements pour améliorer l'accessibilité des services. La réforme de la santé préconisée par le Plan d'Action en Santé Mentale 2005-2010 (PASM) (Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2005), marque en effet un tournant dans l'organisation des services offerts aux personnes et leurs familles, notamment celles souffrant de troubles de santé mentale (TSM). Elle vise entre autre, le rétablissement

des clients souffrant de TSM, une meilleure accessibilité aux soins, une meilleure hiérarchisation des services, la réduction de la stigmatisation et finalement le soutien aux familles et aux proches du client.

Ces propositions mènent l'auteure de ce travail dirigé à réfléchir et documenter le rôle de l'infirmière¹ en santé mentale de 1^{ère} ligne qui œuvre dans les Groupe de Médecine Familiale (GMF), car il répond aux objectifs visés par le PASM, soit une meilleure accessibilité aux soins et une réduction de la stigmatisation. Ce rôle est actuellement peu répandu dans le contexte Québécois. En fait son implantation est très progressive et mérite d'être analysé afin de faire ressortir ses avantages et d'encadrer son organisation. Les objectifs qui seront visés par cette analyse documentaire sont : 1) de décrire le rôle de l'infirmière en santé mentale 1^{ère} ligne dans les services de santé primaire en s'appuyant sur des données probantes et des expériences du Québec; 2) d'identifier les modèles de collaboration favorisant l'implantation de ce rôle; 3) de définir des recommandations visant à implanter ce rôle dans les GMF.

Dans l'optique de répondre aux objectifs de cette analyse, nous présenterons tout d'abord la problématique pour ensuite exposer la stratégie de recherche et le cadre de référence sur lequel s'est appuyé ce travail. Suivra une recension des écrits; une discussion permettant de valider les données recensés dans la littérature avec celles recueillies auprès d'un Centre de Santé et de Services Sociaux (CSSS) ayant expérimenté le rôle de

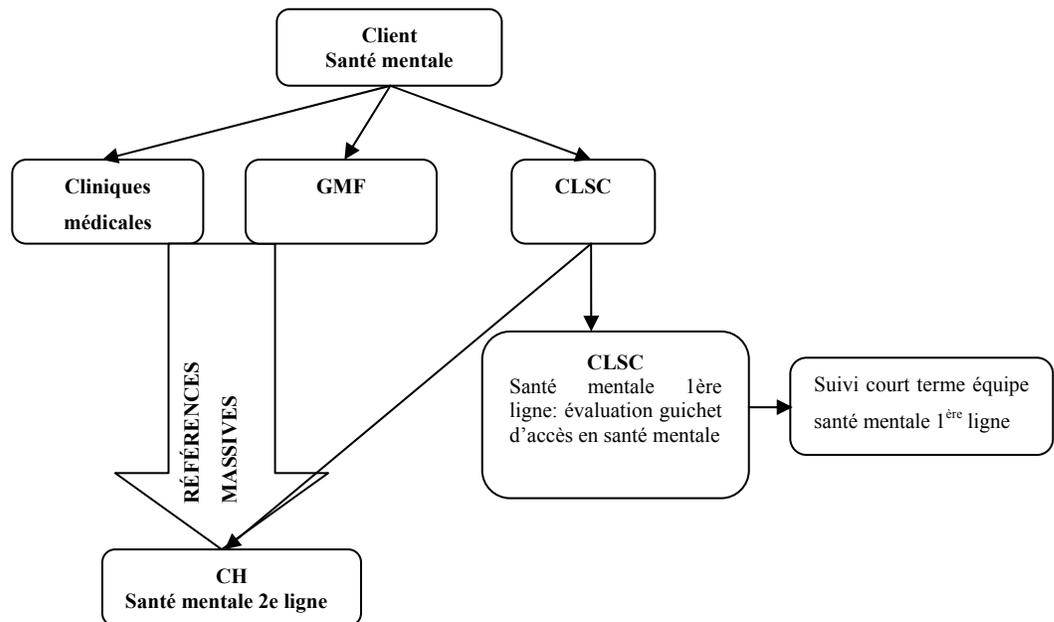
¹ Le féminin est utilisé pour alléger le texte et refléter la féminisation de la profession. Sans préjudice pour les personnes de sexe masculin.

l'infirmière en santé mentale dans les GMF; et finalement des recommandations quant au rôle de l'infirmière en santé mentale dans les GMF.

Problématique

Nous pouvions observer antérieurement, qu'une grande majorité de la clientèle souffrant de TSM était dirigé vers les services de 2^e ligne alors que certains auraient pu être traités par les services de première ligne. En effet, avant la réorganisation des services de santé mentale préconisée par le PASM (Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2005), la clientèle souffrant de TSM s'adressait à des services de première ligne tel que les cliniques médicales, les GMF, les Centres Locaux de Services Communautaires (CLSC) et l'urgence médicale des centres hospitalier de leur territoire pour ensuite être massivement référés dans un service de 2^e ligne pour une évaluation et un suivi psychiatrique (figure 1).

Figure 1 : Cheminement clinique antérieur



Par contre et tel que le relate Fleury et al. (2008), parmi la clientèle se présentant dans une clinique médicale, 25% ont des TSM et de ceux-là, 71% de clients souffrent de problèmes de santé mentale transitoires (dépression et anxiété). Cette étude Canadienne, rejoint les mêmes constatations qu'une étude australienne (Bambling et al., 2007) qui a examiné entre autre la perception des médecins omnipraticiens (MO) en milieu rural concernant les services de 1^{ère} ligne (N= 74 dont 37 MO). Les résultats montrent que les MO sont les premiers contacts de la clientèle chez 75% de la clientèle souffrant de TSM, et ce surtout dans les régions rurales où le nombre et la variété de services est moindre qu'en région urbaine.

Tant au Québec qu'au niveau international, des réorganisations de services de santé ont été effectuées où l'accent a été mis entre autre sur l'optimisation des services de 1^{ère} ligne dans la communauté (Happell, Hoey, & Gaskin, 2012; Henderson, Willis, Walter, & Toffoli, 2008; Lester, Glasby, & Tylee, 2004). Dans cette même lignée et dans le but d'offrir à la population des services efficaces en santé mentale, le Ministère des Services de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) s'est doté d'un plan d'action qui visait le rétablissement des personnes ainsi qu'une accessibilité et fluidité dans le continuum des soins et des services (Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2005). Les CSSS qui gèrent l'offre de service en santé du Québec sur un territoire, étant guidés par les principes d'approche populationnelle et de hiérarchisation de service, ont donc réorganisé leurs services en créant très progressivement des processus pour inclure des équipes de santé mentale de première ligne dans les CLSC. Afin de soutenir et d'encadrer les activités de ces équipes de santé mentale émergentes, un groupe d'experts s'est penché sur certaines

des recommandations du Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (2011). Une de ces recommandations précisait la composition de l'équipe de santé mentale de 1^{ère} ligne en CLSC : un psychologue, un travailleur social et une infirmière. Les rôles spécifiques de chacun n'étaient pas décrits mais, leurs champs d'exercice sont balisés par leur code de profession. Ainsi, dans les CLSC, ces équipes émergentes offrent des services d'évaluation afin de diriger adéquatement la personne vers le bon niveau de service et offrent également un suivi biopsychosocial de 1^{er} ligne en santé mentale. Ces équipes de soins doivent également collaborer avec les divers services des CSSS (par exemple : les centres hospitaliers et les CLSC) tout comme avec les partenaires de la communauté (par exemple : les GMF, les cliniques médicales et les ressources communautaires) afin d'offrir au client les services requis.

Ce mode de fonctionnement demande de développer une culture de collaboration afin de favoriser un cheminement clinique favorable pour le client. Quoique les soins de collaboration des professionnels de différents réseaux soient une des grandes orientations visées (Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2011), la collaboration entre les intervenants des services de santé mentale de première ligne des CLSC et les MO des GMF semblent difficile. En fait les moyens de collaboration sont peu formalisés. Une enquête réalisée par Fleury et al. (2008) auprès de 398 MO provenant de 9 CSSS du Québec et dont le but était de cerner le rôle des MO en santé mentale et leur intégration dans le cadre de l'implantation des réseaux locaux de services, rapporte que les MO se disent surchargés et détiennent peu d'ententes de collaboration avec les divers services de santé mentale. De plus, ils déplorent manquer de formation quant aux divers troubles de

santé mentale. Ces constatations rejoignent également celles de divers études provenant d’Australie, d’États-Unis, de Londres et des Pays Bas (Bambling et al., 2007; Buchan & Boldy, 2004; Guevara, Greenbaum, Shera, Bauer, & Schwarz, 2009; Heideman, Laurant, Verhaak, Wensing, & Grol, 2007; Lester, 2005).

Maintenant, examinons plus précisément la situation des GMF qui est au centre du présent travail. Ces GMF regroupent six à dix MO établis dans une clinique médicale et travaillent en étroite collaboration avec deux à trois infirmières cliniciennes provenant du CSSS (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux du Québec, 2000). Par conséquent, la tâche de ces infirmières est centrée sur les soins courants au niveau physique. Cette collaboration entre GMF et infirmières du CSSS, fut créée en 2000 suite au rapport de la Commission Clair (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux du Québec, 2000), et préconisent une organisation de soins voulant offrir une gamme de service plus étendue à une clientèle ayant des problèmes de santé chroniques tel que le diabète. Le but primaire était d’améliorer l’accessibilité et la continuité des services (D'Amour et al., 2008). Toutefois, les infirmières recrutées dans le GMF ne se sentent pas à l’aise avec les soins aux personnes souffrant de maladie mentale ou de trouble de santé mentale, n’ont pas de savoirs spécifiques et l’expertise nécessaire pour offrir des services pertinents en santé mentale alors que cette clientèle s’y présente massivement.

En effet, les clients qui ont établi un lien thérapeutique avec leurs MO, s’adressent à ceux-ci pour tout problème de santé y compris ceux reliés à la santé mentale. Les raisons expliquant l’utilisation des services des GMF plutôt que les services spécifiques de santé mentale tel que fourni en CLSC, sont simples : les cliniques médicales apparaissent comme

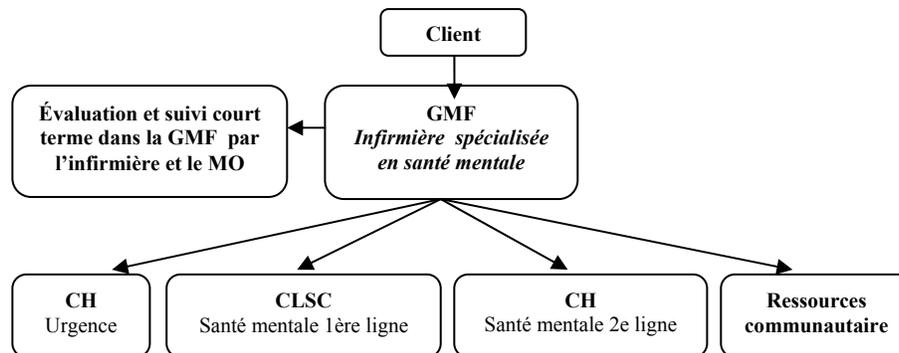
étant moins stigmatisantes et sont davantage connues que les services de santé mentale offerts dans le territoire (Correll, Cantrell, & Dalton, 2011; Lester, 2005; Roberts, Robinson, Stewart, & Smith, 2009). Constatant cette affluence vers les GMF, le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (2011) a stipulé clairement que les équipes de santé mentale de première ligne des CSSS doivent soutenir les MO des GMF dans leur pratique car ces derniers reçoivent une grande part de la clientèle de santé mentale. Toutefois, nous pouvons observer que la clientèle prise en charge par les MO est évalué, diagnostiqué et traité dans un temps très restreint d'environ une dizaine de minutes. Les suivis holistiques requis en santé mentale sont une tâche difficile à réaliser compte tenu de la contrainte de temps mentionné.

Une réorganisation de services visant une meilleure collaboration et un meilleur accès aux services doit être considérée. Afin d'établir des mécanismes fonctionnels de collaboration les acteurs clés (professionnels des services de santé mentale de 1^{ère} ligne des CSSS et MO des GMF), doivent se réunir même si les MO n'apprécient pas nécessairement ce type d'activité compte tenu du manque de temps ressenti (Gauthier & Rhéault, 2008; Robitaille & Boudreault, 2009; Vallée et al., 2009). Selon Vallée et al. (2009), les MO aspireraient plutôt à avoir des réponses rapides, des liens et des moyens de procéder concrets pour favoriser l'accessibilité de leur clientèle aux services de santé mentale.

Pour améliorer la collaboration des infirmières et des MO ainsi que l'accessibilité de la clientèle aux services de santé mentale, l'auteure de ce travail dirigé, aspire à décrire le rôle de l'infirmière intégrée dans un GMF et à approfondir les modèles de collaboration favorisant le travail entre l'infirmière en santé mentale et les MO dans les GMF. Ce qui

rejoint la vision du Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (2011) qui se questionne sur la possibilité d'introduire un professionnel qui serait spécialisé en santé mentale dans les GMF. Actuellement peu de GMF détiennent cette prestation de services. Parmi ceux-ci, un CSSS de Montréal détient ce mode de prestation depuis 2009. En effet, des infirmières spécialisées en santé mentale ont joint les équipes des GMF de ce territoire. Selon le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (2010), ce rôle innovateur a permis d'offrir un soutien aux MO des GMF. Un bilan après 2 ans de pratique, a permis de constater que les infirmières ont effectué 1000 consultations téléphoniques ou en personnes et on réalisé 490 suivis à court terme, ce qui a mené à une diminution notable du délai pour l'obtention d'une évaluation psychiatrique (en 2^e ligne), une meilleure coordination et une meilleure continuité des soins (Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2010). Tel qu'illustré à la figure 2, le modèle exploré introduit un poste d'infirmière spécialisée en santé mentale dans les GMF travaillant en étroite collaboration avec les MO dans le but de dépister les problèmes de santé mentale, de faire des suivis court terme, d'évaluer et d'orienter le client vers le bon niveau de service. Compte tenu que l'infirmière connaît bien les services offerts par le programme de santé mentale du CSSS et les ressources communautaires du territoire, elle est une aide considérable pour améliorer l'accès et le cheminement clinique du client. Ce milieu a donc été consulté afin de connaître le rôle de l'infirmière et le fonctionnement de ce modèle de collaboration.

Figure 2 : Infirmière spécialisée en santé mentale dans une GMF



But et Objectifs du travail dirigé

Tel que mentionné, ce travail dirigé aura pour but de documenter le rôle de l'infirmière en santé mentale de 1^{ère} ligne dans les GMF. Les objectifs visés sont les suivants :

1. Décrire le rôle de l'infirmière en santé mentale 1^{ère} ligne dans les services de santé primaire en s'appuyant sur des données probantes et des expériences du Québec
2. Identifier les modèles de collaboration favorisant l'implantation de ce rôle
3. Définir des recommandations visant à implanter ce rôle dans les GMF

Stratégies de recherche

Pour la réalisation du travail dirigé, une recension des écrits a été effectuée en utilisant les bases de données Cinhal, Embase, et Medline. La littérature grise pertinente au sujet a également été consultée permettant l'élaboration de recommandations pour le rôle de l'infirmière en santé mentale de première ligne dans les GMF. Compte tenu du rôle innovateur, aucun écrit scientifique au Québec n'existe spécifiquement à ce sujet. Comme ce rôle n'est pas encore défini officiellement, la recension a porté sur les modèles de rôle infirmier en santé mentale dans un contexte de première ligne recensés au plan international. Plus spécifiquement, deux concepts connexes qui aideront au développement de ce rôle furent analysés. Ces concepts sont : le rôle de l'infirmière en santé mentale 1^{ère} ligne et les expériences internationales de collaboration entre intervenants de santé mentale et médecins de première ligne. La recension a mené à la constatation qu'il est surtout question d'intervenants de santé mentale (ISM) intégrés dans les services de santé mentale sans nécessairement spécifier la nature de ces intervenants. Par contre, les résultats des recherches recensés sont transférables à la pratique infirmière. Afin de bien adapter ce mode de collaboration à la pratique infirmière, une recension sur le rôle de l'infirmière en santé mentale de 1^{ère} ligne a été effectuée pour en arriver à des recommandations contextualisées au rôle de l'infirmière que l'auteure désire explorer.

Des limites au niveau de la langue ont été imposées, c'est-à-dire que seuls les articles de langue française et anglaise ont été retenus. De plus, et afin de faciliter la recension, seul les articles récupérables via les bases de données ont été sélectionnés. Pour favoriser des recommandations basées sur des données probantes récentes, les articles dont la date de parution se situe entre 2002 et 2012 ont été retenus. Les listes bibliographiques

de ces articles ont également été un moyen privilégié. Et finalement, les articles et livres consultés au cours de la scolarité de maîtrise ont été considérés. Aucune distinction n'a été faite quant au type de structure de soins de première ligne qui pouvait être différente de la structure du Québec.

Les mots clés qui furent utilisés sont présentés selon les concepts. Tout d'abord les mots clés pour le concept concernant le rôle de l'infirmière en santé mentale de 1^{ère} ligne sont : *community mental health nursing; primary care; psychiatric mental health clinical nurse specialist; psychiatric nursing practitioner; psychiatric care manager; community psychiatric nursing; et community mental health*. Au total 62 articles furent recensés et parmi ceux-ci, 30 furent retenus. Pour ce qui est du concept des modes de collaborations nous avons utilisés les mots clés suivants: *Psychiatric nursing; Mental disorders; Mental health services; Primary health care; Professional practice; Cooperative behavior; Community mental health nursing; Collaboration; Co-location; On-site; Community mental health services; et Delivering of health care, integrated*. Un total de 447 articles furent recensés de ceux-là 48 furent retenus. Les raisons ayant mené à rejeter certains articles sont multiples. Nous avons entre autre retiré des articles qui n'étaient pas assez récents, les doublons, ceux qui n'étaient pas accessibles, qui n'étaient pas reliés au sujet ou qui traitaient d'un angle peu pertinent pour le présent travail. Par exemple, certains articles rejetés décrivaient les services de santé mentale de 1^{ère} ligne en général, d'autres mettaient l'accent sur des modes de collaboration autre que celui intégrant un intervenant dans les services de santé primaire, et enfin certains abordaient principalement les aspects

financiers. Quoiqu'intéressants, ces articles ne cadraient pas avec les objectifs du travail dirigé.

Pour enrichir la recension d'écrits et surtout, effectuer des adaptations pour le Québec, nous nous sommes inspirés des recommandations de l'OIIQ quant au rôle attendu de l'infirmière en santé mentale de première ligne (Laflamme, 2010), de l'approfondissement du rôle soutenu par la Loi 90 et la Loi 21. Également, une collecte de données a été effectuée auprès d'un CSSS de Montréal qui a expérimenté l'implantation du rôle d'infirmière en santé mentale dans un GMF. Notons que ce CSSS a reçu un prix d'excellence de la part du Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (2010) dans la catégorie Intégration des services.

Les sections du travail dirigé comprendront : 1) la problématique 2) le rôle de l'infirmière en santé mentale de première ligne 3) les modèles de collaboration favorisant l'implantation de ce rôle et plus spécifiquement ceux intégrant un intervenant de santé mentale (ISM) dans les services de soins primaires 4) la validation des données recensées avec celles recueillies auprès d'un CSSS de Montréal ayant expérimenté l'intégration d'une infirmière de santé mentale dans une GMF et 5) la proposition d'un modèle de soins et des recommandations quant au rôle de l'infirmière en santé mentale dans une GMF.

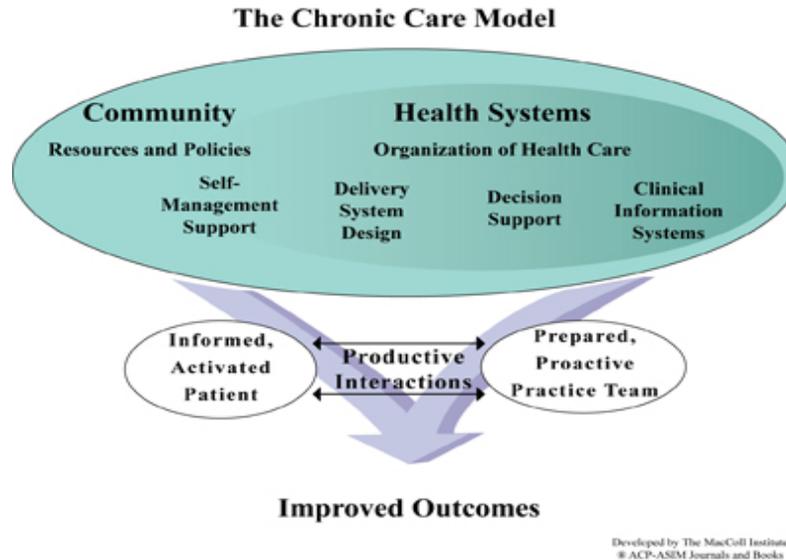
Avant d'accéder à ces différentes sections, le cadre de référence sur lequel s'est appuyé la réalisation du travail dirigé sera présentée.

Cadre de référence

Le cadre de référence sur lequel s'appuiera le travail dirigé est le *Chronic Care Model* (CCM) de Wagner (1998). Quoique celui-ci fut créé pour une clientèle ayant des problèmes de maladies chroniques, les prémisses et la structure du modèle sont transférables au modèle de prestation de soins pour la clientèle de santé mentale. D'ailleurs, plusieurs auteurs rapportent que les meilleurs modes de prestation de services qui visent l'intégration d'un ISM sont avant tout ceux qui se sont basés sur le cadre de référence du *Chronic Care Model* de Wagner (1998) (Magruder & Yeager, 2007; McEvoy & Barnes, 2007; Sanchez, Thompson, & Alexander, 2010; Thielke, Vannoy, & Unutzer, 2007; Williams & Manning, 2008). Selon McEvoy and Barnes (2007) qui présente le modèle du *Chronic Care Model* de Wagner (1998) pour la clientèle souffrant de TSM à long terme, les résultats cliniques ne font aucun doute : ce modèle serait plus efficient et efficace et par conséquent moins coûteux.

Le CCM fut créé par Wagner (1998) compte tenue de l'incidence massive des maladies chroniques et d'une population vieillissante (figure 3). Toujours selon le même auteur, ce modèle aide à mieux gérer ces maladies et de prévenir les détériorations. Le modèle du CCM de Wagner (1998) comprend deux composantes, soit : 1) la structure organisationnelle, qui dans la figure 3 est représenté par un grand ovale; 2) les clients et les intervenants, qui ont ensemble des interactions productives ayant pour but de produire des résultats de santé favorables (Barr et al., 2003).

Figure 3 : *The Chronic Care Model* de Wagner (1998) tiré du site internet *Improving Chronic Care* (2006)



Le modèle suggère que les résultats de santé favorables découlant de la relation intervenant-client, sont possibles si les organisation de la santé possèdent les éléments que composent les 6 axes (Wagner, 1998). Pour favoriser sa compréhension, les axes du modèle du CCM de Wagner (1998) sont décrits et appuyés par des exemples dans le Tableau 1. Plus précisément, les intervenants œuvrant selon ce cadre de référence, centrent principalement leurs interventions sur quatre axes qui eux sont inclus dans l'ovale intitulé « Système de santé – Organisation des soins » (*Health system-Organization of health care*): 1) Soutien à l'auto-soin (*self-management support*) 2) Système d'information clinique (*Clinical information systems*) 3) Offre de service structurée (*delivery system design*) 4) Soutien à la décision (*decision support*) (Barr et al., 2003). Gravitant autour de l'axe du « Système de santé-Organisation de soins », se trouve l'axe « Communauté-

Ressources et politiques » (*Community-resources and policies*). Plus précisément, les ressources communautaires sont identifiées et impliquées selon des procédures clairement établies. Ils deviennent donc des partenaires de soins dans le processus de soins du client. Selon Wagner, Davis, Schaefer, Von Korff, and Austin (1999), l'ensemble des axes du modèle, encadrent la pratique des intervenants assurant par le fait même un meilleur soutien de la clientèle dans la gestion de leurs maladies. En ce qui concerne les résultats cliniques favorables chez la clientèle, ils découleraient de l'interaction entre les clients bien informés et actifs dans leurs processus de soins et les intervenants proactifs et bien préparés (Barr et al., 2003; Wagner et al., 1999).

Tableau 1 : Les 6 axes du *Chronic Care Model* modèle inspiré de Barr et al. (2003); Wagner (1998) et du site internet *Improving Chronic Care* (2006).

Axes	Définition	Exemples
Système de santé – Organisation des soins	Présence d'une culture, d'une organisation et des mécanismes qui promeuvent la qualité et la sécurité des soins.	<ul style="list-style-type: none"> - Soutien des améliorations par des gestionnaires chevronnés - Programmes de qualité qui inclut des buts mesurables et qui vise les meilleurs soins - Offrir des incitatifs motivants les intervenants à assurer la qualité des soins - Développer des ententes, dans l'organisation et avec les partenaires de la communauté, qui faciliteront la coordination des soins

Soutien à l'auto-soin	Accent mis sur l'importance du rôle central que détient le client quant à la gestion de ses propres soins	<ul style="list-style-type: none"> - Soutien psychosocial du client dans la gestion de ses soins en l'éduquant sur l'utilisation et l'optimisation de ses ressources et de ses habiletés à l'accomplir - Offrir des ressources provenant de l'organisation de soins et des ressources communautaires, pour soutenir le client dans ses auto-soins
Soutien à la décision clinique	Promouvoir les soins qui sont basés sur les données probantes et sur les préférences du client	<ul style="list-style-type: none"> - Intégration de guides basés sur les meilleures pratiques et qui seront utiles pour la pratique clinique - Partager des guides cliniques et autres informations, basées sur les données probantes, avec le client afin d'encourager leur participation - Utiliser des méthodes éducatives qui elles aussi sont issues des meilleures pratiques - Éducation et soutien clinique pour les intervenants
Organisation d'offre de services structurés	Assurer une offre de services efficace, efficiente et qui soutient les auto-soins	<ul style="list-style-type: none"> - Définir clairement le rôle de chacun des intervenants de l'équipe de travail - Inclure un gestionnaire de cas - Planifier les visites et un suivi soutenu
Système d'information clinique	Développer un système d'information basé sur la population ciblée afin de relever les données pertinentes et d'offrir des soins efficaces et efficients	<ul style="list-style-type: none"> - Système de surveillance qui émet des alertes qui rappellent des informations nécessaires au bon suivi des clients - Identification de groupes de patients nécessitant des soins proactifs (thérapies de groupes) - Faciliter la planification des soins individuels - Partager des informations avec les patients et les intervenants impliqués dans les soins afin de mieux coordonner les soins - Mesurer la qualité et la performance des intervenants et du système de santé et leur donner une rétroaction

Communauté- Ressources et politiques	Développer le partenariat avec les ressources communautaires qui soutiendront et aideront le client dans l'atteinte de ses objectifs de soins	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier des programmes appropriés aux problématiques de soins - Développer des liens de partenariats avec les ressources communautaires afin de soutenir et développer des interventions complémentaires à celles déjà offertes - Encourager les clients à participer aux programmes éducatifs et d'aide des ressources communautaires - Voir à modifier les politiques de santé afin d'améliorer les soins auprès des clients
--	--	--

Ce modèle vise fondamentalement la participation active du client dans son processus de soins et ce par l'auto-gestion de sa maladie (Wagner, 1998; Wagner et al., 1999). Les intervenants impliqués quant à eux, ont la formation et l'expertise requise pour soutenir cette clientèle dans la gestion de leurs maladies et ont les connaissances nécessaires pour offrir des soins et des services selon leurs besoins (Wagner et al., 1999). La relation intervenant-client se base sur le processus de collaboration qui leur permettra d'identifier le problème, le but et les objectifs de soins prioritaires pour ensuite assurer un suivi (Wagner, 1998; Wagner et al., 1999). Selon Wagner (1998), une des conditions de réussite du modèle, est la présence d'un gestionnaire de cas qui soutient le client dans ses auto-soins notamment en faisant appel aux habiletés et compétences du client par l'utilisation d'interventions basées sur les meilleures pratiques (Wagner, 1998). Pour parvenir à des résultats optimaux, la présence d'un bon leadership dans l'organisation de soins est essentielle tout comme des incitatifs pour mener les intervenants à poser des interventions sécuritaires et de qualité (Wagner, 1998; Wagner et al., 1999). La sécurité et

la qualité des soins, est d'ailleurs évalué par l'intermédiaire d'outils (par exemple, des outils de compilation et d'explications d'accidents/incidents) et de comités spécifiques à la gestion de la qualité qui eux sont composés de gestionnaires et d'intervenants (Wagner, 1998).

Le CCM est donc un cadre qui vise un meilleur encadrement de la structure des services dans le but de prodiguer des soins et services optimaux (McEvoy & Barnes, 2007; Wagner et al., 1999). Ce cadre de référence fut choisi pour deux raisons. La première parce qu'il est congruent avec le concept de rétablissement tel que préconisé par le PASM (Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2005). La deuxième parce qu'il servira de toile de fond pour présenter la recension des écrits et pour développer les recommandations qui seront émises quant au rôle de l'infirmière en santé mentale dans une GMF.

Recension des écrits

Rôle de l'infirmière en santé mentale communautaire au plan international

Le rôle de l'infirmière dans une GMF, se développe dans une équipe interdisciplinaire où la notion de collaboration interprofessionnelle est incontournable. Le rôle que les infirmières de santé mentale exercent en GMF est donc intimement lié aux modèles de collaboration. Les prochaines sections aborderont la recension des écrits sur le rôle de l'infirmière en santé mentale communautaire (ISMC). Les liens avec les axes du modèle du CCM de (Wagner, 1998) qui ont été décrits au Tableau 1, seront également présentés.

La recension (N= 30) sur le plan international a permis de constater les différentes facettes du rôle de l'infirmière tout comme son évolution. En effet, la littérature expose que la désinstitutionalisation et la transition vers un modèle de soins communautaire a mené à une transformation de la pratique infirmière (Elsom, Happell, & Manias, 2007; Elsom, Happell, Manias, & Lambert, 2007; McGuinness, 2003). La pratique dite traditionnelle qui se réalisait en milieu hospitalier s'effectue maintenant dans des milieux différents soit dans le milieu communautaire et voir même dans des milieux non traditionnels tel que le domicile et les endroits publics (Elsom, Happell, & Manias, 2009; Elsom, Happell, Manias, et al., 2007; Funakoshi, Miyamoto, & Kayama, 2007; Wallace, O'Connell, & Frisch, 2005).

Cette transformation du lieu d'exercice a mené à une transformation du rôle infirmier. La description du rôle de l'ISMC tel que recensé dans la littérature, correspond au rôle que détiennent les infirmières de santé mentale de première ligne dans notre contexte Québécois. Quoique pour certains auteurs le rôle des ISMC demeure incertain et difficile à décrire, d'autres par contre présentent leur polyvalence et leur caractère unique.

Pratique de l'infirmière en santé mentale communautaire au niveau international

Cette section permettra de connaître la pratique des ISMC dont ses fondements, ses rôles, ses tâches tout en tenant compte de ses approches et de son contexte de pratique. Tout d'abord, à la base des nombreuses tâches des ISMC rapportés par divers chercheurs, se trouve la relation thérapeutique. Cette dernière est considérée comme un fondement de la pratique des soins infirmiers (figure 4). En effet, plusieurs articles font ressortir l'importance de l'établissement de la relation thérapeutique afin de parvenir à prodiguer les soins nécessaires, d'assurer une assiduité optimale aux traitements de la part des clients et viser le rétablissement (Adam, Tilley, & Pollock, 2003a; Gardner, 2010; McCann & Clark, 2003; Ryan, Garlick, & Happell, 2006a; Simpson, 2005; Spiers & Wood, 2010a; Wilson & Crowe, 2008). Cette notion de relation thérapeutique est le point central d'une étude qualitative menée par Gardner (2010) qui a exploré comment les infirmières établissent le processus de la relation thérapeutique tout en respectant les limites professionnelles. Les infirmières (N=15) de cette étude affirment que leur rôle central est le maintien d'une relation thérapeutique dans le processus de soins de chacun des clients. Cette recherche a permis de définir 3 niveaux d'engagement thérapeutiques, soit : 1) l'approche amicale 2) la relation thérapeutique et 3) l'alliance thérapeutique. Tout d'abord les infirmières utilisent une approche dite amicale afin d'établir les bases d'une relation de confiance. Ce qui mènera par la suite, vers une alliance thérapeutique. Cette alliance thérapeutique servira de levier afin d'intervenir dans le processus de décision du client quant à ses soins et ce lorsque son état mental est compromis. Ces constats rejoignent ceux de Adam et al. (2003a), qui ont décrit le rôle des ISMC selon la perception des clients (N=13) et celle des

ISMC (N=18). Selon ces auteurs, les ISMC sont souvent le premier contact pour les clients et leurs proches, le lien établi avec les ISMC est important afin de pouvoir aspirer à un rétablissement favorable et à une meilleure implication dans les auto-soins. Pour les clients ce n'est pas tant les tâches réalisées par l'infirmière qu'ils retiennent, mais plutôt la qualité de la relation, l'écoute et le soutien apporté (Adam et al., 2003a; McCann & Clark, 2003). Ces ISMC symbolisent pour eux la transition entre l'hôpital et la communauté et elles aident au maintien dans la communauté (Adam et al., 2003a). Ce lien thérapeutique est source de satisfaction pour la clientèle, mais l'est tout autant pour les infirmières. En effet, Wilson and Crowe (2008), rapportent que la relation thérapeutique a été identifiée comme la source la plus gratifiante des tâches effectuées par les ISMC. Le fondement de relation thérapeutique rejoint l'axe du « Soutien à l'auto-soin » du modèle CCM de Wagner (1998). En effet, par l'entremise de la relation thérapeutique, l'infirmière intervient auprès du client afin de rehausser ses habiletés et compétences pour qu'il puisse gérer ses propres soins.

En plus de ce fondement essentiel qu'est la relation thérapeutique, une définition du rôle et des tâches réalisées aide à bien cerner ce que fait une ISMC. L'étude d'Elsom, Happell, and Manias (2007), définit le rôle central de l'ISMC comme étant une personne qui guide le client, souffrant d'un TSM, à maintenir et obtenir le niveau de fonctionnement optimal et indépendant tout en étant au sein de la communauté. Ce qui tend vers l'axe du « Soutien à l'auto-soin » du modèle de (Wagner, 1998). L'intervenant, par des interventions psycho-sociales soutient le client en rehaussant ses compétences dans ses auto-soins et en le maintenant dans la communauté. Afin de parvenir à décrire le rôle de l'ISMC, plusieurs auteurs optent pour la description de leurs approches et de leurs tâches (voir figure 4). Tout

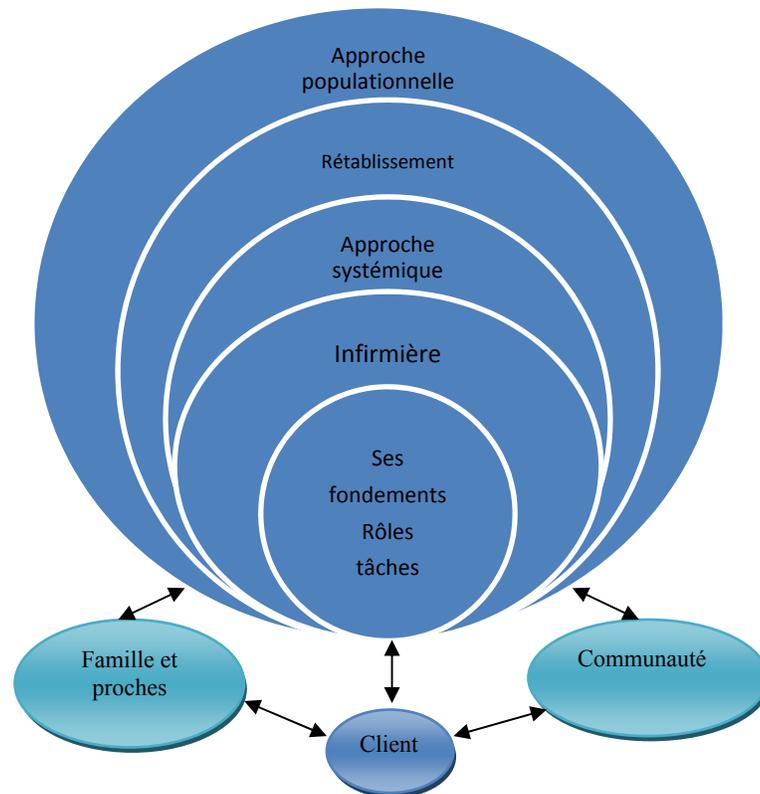
d'abord, Kudless and White (2007), exposent l'approche des ISMC pour ensuite présenter leur rôle. Toujours selon ces mêmes auteurs, l'approche des ISMC est décrit comme étant une pratique qui est orientée vers des soins axés sur l'approche populationnelle et le rétablissement (figure 4). Leur rôle est, entre autre, de promouvoir l'engagement des clients et des familles dans l'identification des buts et objectifs des soins tout comme dans l'atteinte de ceux-ci (Gibb, 2003; Kudless & White, 2007; Mullen, Murray, & Happell, 2002; Spiers & Wood, 2010a). Cette participation active des clients et de leurs proches dans l'identification des buts et dans la planification des soins, rejoint lui aussi l'axe du « Soutien à l'auto-soin » du modèle CCM de Wagner (1998). Cet axe vise l'importance du rôle central que détient le client quant à ses propres soins (Tableau 1). Maintenant, pour prodiguer des soins infirmiers dans le respect des besoins du client, les infirmières doivent avoir une vision holistique et systémique, c'est-à-dire, considérer l'individu, son environnement, ses proches et la relation entre ces éléments (Duhamel, 2007; Wright & Bell, 2009). Plusieurs études reconnaissent ce caractère unique d'approche systémique (figure 4) et de vision holistique aux soins infirmiers (Adam et al., 2003a; Baldwin, 2002; McCardle, Parahoo, & McKenna, 2007).

Un autre rôle exposé dans la littérature et qui implique également l'actualisation des fondements et des approches précédemment mentionnées, est celui du gestionnaire de cas (Happell et al., 2012; Henderson et al., 2008; Kudless & White, 2007; McGuinness, 2003; Nutting et al., 2008; Rapp & Goscha, 2004; Simpson, 2005). Ce rôle est un élément clé dans la structure du cadre de référence du CCM de (Wagner, 1998). Il fait partie de l'axe

« Organisation d'offre de services structurés » qui vise une offre de services efficaces, efficaces et qui soutient les auto-soins (Tableau 1). Ce rôle sera élaboré plus longuement dans la section « Le rôle de l'intervenant de santé mentale intégré dans un service de santé primaire : gestionnaire de cas ».

En somme, l'ensemble du rôle des ISMC et de leur contexte de pratique se retrouve dans la figure 4. Le cercle central qui est imbriqué dans « Infirmière », représente : ses fondements (relation thérapeutique), son rôle (promotion de l'engagement des clients et des familles dans l'identification des buts et objectifs, gestionnaire de cas) et ses tâches, qui elles seront détaillées au tableau 2. Autour du cercle « Infirmière », se retrouve les approches de soins et organisationnelles tel que l'approche systémique et le rétablissement. Et finalement, l'infirmière comme tout intervenants faisant parti d'une organisation de soins, œuvre selon l'approche populationnelle. Elle effectue le tout en interagissant avec le client, ses proches et la communauté avec qui elle co-construit de nouvelles réalités qui visent le rétablissement et le mieux être.

Figure 4: Approches et tâches des ISMC



@ Martino, Larue, inspiré des auteurs : Adam et al. (2003a); Baldwin (2002); Duhamel (2007); Gibb (2003); Kudless and White (2007); McCardle et al. (2007); Mullen et al. (2002); Spiers and Wood (2010a); Wright and Bell (2009).

Quoiqu'il ne soit pas toujours facile de décrire le rôle de l'infirmière, Ryan et al. (2006a), propose d'en faire ressortir les tâches spécifiques. Selon ces derniers, c'est souvent la façon utilisée pour démontrer la diversité des tâches réalisés, mais également une façon d'en prendre conscience. Plusieurs auteurs rapportent les multiples tâches effectuées par les ISMC (Barnett et al., 2009; Gardner, 2010; Happell et al., 2012; Henderson et al., 2008; Kudless & White, 2007; McCann & Clark, 2005; McCardle et al., 2007; McGuinness, 2003; Ryan et al., 2006a; White & Kudless, 2008). Une étude Américaine réalisée auprès

de 40 infirmières a permis de regrouper les différentes tâches en deux catégories : les tâches directes et les tâches indirectes (Kudless & White, 2007). Les tâches directes consistent en des soins de proximité auprès de la clientèle permettant l'évaluation de l'état de santé et l'intervention. Les tâches indirectes sont divisées en deux sous catégories, soit : le développement infirmier et les tâches cléricales et administratives. Le développement infirmier consiste à des activités permettant le rehaussement de la pratique des soins infirmiers par des formations et des supervisions cliniques. Pour ce qui est des tâches cléricales et administratives, elles consistent à des activités qui font partie de la structure organisationnelle de leur travail tel que la rédaction de notes évolutives. Les tâches cléricales et administratives, sont déplorées par les infirmières car elles empiètent sur leur temps dédié aux clients, ce qui représente une source d'insatisfaction au travail (Haque, Nolan, Dyke, & Khan, 2002; Kudless & White, 2007). Le tableau 2 montre l'ensemble des tâches recensées dans la littérature et divisé selon qu'elles soient des tâches directes ou indirectes.

En lien avec le modèle du CCM de (Wagner, 1998), les diverses tâches peuvent être liées aux axes du modèle. L'évaluation de la santé physique et santé mentale permet d'identifier les besoins prioritaires avec les clients pour ensuite offrir des suivis psychosociaux, ce qui rejoint l'axe du « Soutien à l'auto-soin ». Les activités de psychoéducation, rejoignent davantage l'axe du « Système d'information clinique » puisqu'il s'agit d'identifier un groupe de clients nécessitant des soins spécifiques et proactifs. Pour ce qui est du développement infirmier, l'ensemble des tâches sont compris dans l'axe du « Soutien à la décision clinique » car il s'agit du rehaussement de la pratique

infirmière et par le fait même de la qualité des soins. Finalement, l'axe « Communauté-ressources et politiques » est impliqué, car l'ISMC est souvent une personne ressource pour les partenaires de la communauté et ensemble ils développent des relations de partenariat.

Tableau 2 : Tâches des ISMC

Tâches des infirmières	
Tâches directes	Tâches indirectes
Évaluation physique Évaluation de l'état de santé mentale Évaluation des risques de dangerosité pour soi ou pour autrui Émission de diagnostics infirmiers Identification et planification du plan de soins avec les clients Traitements et interventions Suivis psychosociaux Gestion de crise Entretiens thérapeutiques individuels et familiaux Gestion du profil pharmacologique Psychoéducation individuelle et de groupe (maladie, traitement et médication) Prévention et promotion de la santé mentale <i>Advocacy</i>	<u>Développement infirmier</u> : Participation dans des recherches Activités de développement professionnel Supervision clinique Supervision de personnel. <u>Tâches cléricales et administratives</u> : Appels téléphoniques Commande du matériel de soins Rédaction des notes évolutives de soins infirmiers Participation à des comités Déplacement dans le cadre du travail Être une personne ressource pour les partenaires

@ Martino, Larue, inspiré des auteurs : Barnett et al. (2009); Gardner (2010); Happell et al. (2012); Haque et al. (2002); Henderson et al. (2008); Kudless and White (2007); McCann and Clark (2005); McCardle et al. (2007); McGuinness (2003); Ryan et al. (2006a); White and Kudless (2008).

Quoique que plusieurs études aient pu ressortir l'ensemble des tâches effectuées par les ISMC, d'autres études par contre, rapportent plutôt la difficulté de certaines ISMC à se définir elles-mêmes. Koekkoek, Van Meijel, Schene, and Hutschemaekers (2009), ont

sondé 776 ISMC et rapportent que les soins infirmiers communautaires seraient à la fois prospères et menacés car les ISMC arrivent difficilement à définir leur rôle (Baldwin, 2002; Koekkoek et al., 2009; Nolan, Haque, Bourke, & Dyke, 2004). Compte tenu que l'infirmière fait partie de ces équipes de soins depuis fort longtemps, elles prennent pour acquis leur rôle tout comme leur place au sein de l'équipe multidisciplinaire. Toujours selon Koekkoek et al. (2009), elles ne procèdent pas à une pratique réflexive quant à leur rôle et à leur contribution auprès de leurs collègues et de leurs clients. Face à de tels constats, certains auteurs recommandent que la pratique des ISMC s'appuient sur les meilleures pratiques et qu'elles participent davantage à la recherche (Koekkoek et al., 2009) afin de mieux définir leur rôle et par conséquent de le conserver et de le développer (Baldwin, 2002). Ce qui tend vers l'axe du « Soutien à la décision clinique » (Tableau 1), car il promeut les soins basés sur les données probantes.

Cette difficulté à définir le rôle des ISMC est également perçue chez divers professionnels avec qui elles travaillent. Dans une recherche qualitative provenant d'Angleterre, Baldwin (2002) a présenté les perceptions du rôle de l'infirmière provenant de divers professionnels faisant partie d'une équipe multidisciplinaire. L'étude fut réalisée auprès de 11 intervenants provenant de diverses disciplines, œuvrant en collaboration avec une ISMC et ce dans six milieux distincts. Les résultats montrent une difficulté des divers professionnels à décrire spécifiquement le rôle de l'infirmière. Les professionnels disent que l'infirmière va se spécialiser dans un certain domaine qui peut chevaucher le champ de pratique d'une autre profession, ce qui ne permet pas de décrire le rôle spécifique des infirmières. Par contre, les professionnels reconnaissent les infirmières pour des aspects

uniques tel que la relation thérapeutique, la vision holistique, leurs techniques de *counselling* et l'*advocacy* (Baldwin, 2002).

Ce qui contribue à cette difficulté à se définir, est entre autre le fait que les infirmières n'utilisent pas nécessairement d'approches théoriques spécifiques (McCardle et al., 2007). En effet, Haque et al. (2002), rapportent que 90% des ISMC n'utiliseraient pas de modèles de soins explicites et procéderaient selon leur intuition et leur expérience, et à ce qu'elles estiment être le mieux pour le client. Quant à Gibb (2003), il rapporte qu'il y a un manque de modèles de soins infirmiers communautaires ce qui ne permet pas de définir clairement le rôle des ISMC. D'autres auteurs, rapportent que les modèles utilisés dans leur soins sont surtout psychologiques (Nolan et al., 2004) et que l'évaluation des clients est effectuée de façon informelle soit en se basant sur les préoccupations rapportées par le client et les observations (biopsychosociales) effectuées par l'infirmière (McCardle et al., 2007).

En somme, plusieurs chercheurs ont décrit le rôle des ISMC en y exposant ses fondements, ses rôles, ses tâches tout en considérant les divers approches qu'elles utilisent et leur contexte. Clairement, le fondement du soin infirmier auprès d'une clientèle atteinte de maladies mentales est l'établissement de la relation thérapeutique. Cette relation est centrale dans l'exercice du rôle qui est entre autre la promotion de l'engagement des clients et des familles dans l'identification des buts et des objectifs de soins. Ce rôle s'actualise par la diversité des tâches décrites au tableau 2. En effet, l'ISMC effectue des tâches directes qui sont des soins de proximité auprès de la clientèle. Elle effectue également des tâches indirectes qui elles se divisent en deux sous catégories : 1) Le développement infirmier : activités permettant le rehaussement de la pratique des soins infirmiers, tel que de la

formation 2) Les tâches cléricales et administratives : activités qui font partie de la structure organisationnelle de leur travail, tel que la rédaction de notes évolutives.

L'ensemble de ces tâches s'appuient sur des approches qui orientent leur pratique. Tout d'abord l'approche systémique permet de considérer l'individu, son environnement, ses proches et la relation entre ces éléments. Cette vision holistique permet le rétablissement optimal du client qui lui permettra une meilleure gestion de ses auto-soins. De plus, et ce autant au niveau international comme au Québec, les organisations de santé sont tenues de viser des approches populationnelles qui visent des soins axés sur la collaboration avec divers acteurs dont les clients et les partenaires de la communautaire.

En lien avec les soins de collaboration, la prochaine section traitera les divers modes de collaboration qui permettent d'actualiser l'intégration d'une infirmière de santé mentale dans un GMF.

Modèles de collaboration intégrant un intervenant en santé mentale dans des services de santé primaire

La recension des écrits (N=48 articles), permet de mieux comprendre le développement des modèles de collaboration entre les MO et les équipes spécialisés en santé mentale. Ils sont avant tout des moyens pour optimiser la communication entre les divers partenaires impliqués dans le processus clinique d'un client et sa famille. Cette section présentera les modèles de collaboration qui concordent avec les aspirations de l'OMS et du MSSS; le rôle de l'ISM dans un service de santé primaire; les obstacles à cette collaboration, les effets de l'intégration d'un ISM dans les services de santé primaires; et

finalement, les éléments à considérer pour l'intégration d'un ISM dans les services de santé primaire. Il sera également démontré que plusieurs éléments rejoignent les axes du modèle du CCM de Wagner (1998), notamment ceux du « Système de santé-Organisation des soins » et celui de l' « Organisation d'offre de services structurés » .

Modèles de collaboration

Les modèles de collaboration sont émergents et ont été utilisés dans des études pilotes. Étant donné la complexité des services, plusieurs auteurs se sont penchés sur les modèles de collaboration pouvant aider à un travail permettant la synchronisation des services et assurant par le fait même un meilleur cheminement clinique et des soins optimaux. La recension des écrits expose la diversité des modèles de collaboration existants. Comme modèles de collaboration, nous retenons, dans le cadre de ce travail dirigé, les modèles qui intègrent un ISM. Dans la littérature l'ISM n'est pas nécessairement une infirmière, il peut être aussi un travailleur social, un psychologue ou même un psychiatre. La profession spécifique de l'ISM n'est pas toujours mentionnée, les chercheurs se sont plutôt centrés sur leur rôle et leur impact au niveau clinique et organisationnel.

Les modèles de collaboration intégrant un ISM, impliquent qu'il travaille en étroite collaboration avec un MO afin de traiter la clientèle souffrant de TSM (Funderburk et al., 2010). L'ISM provient des services spécifiques de la santé mentale et il aide le MO à identifier et mieux traiter les clients souffrant de TSM et ce, par des activités de soins allant de l'enseignement jusqu'au suivi thérapeutique (Felker et al., 2004; Funderburk et al., 2010; Tai-Seale, Kunik, Shepherd, Kirchner, & Gottumukkala, 2010). Macdonald et al.

(2004), spécifient que le rôle de l'ISM a deux dimensions soit, les soins directs auprès des clients et le soutien aux MO. Trois modèles intégrant un ISM furent retenus: le *Co-location*, les modèles de soins intégrés et le *Collaborative care*.

Co-location. Le modèle de *Co-Location* consiste à l'intégration d'un ISM dans les services de santé primaire afin que les intervenants travaillent en étroite collaboration avec le MO (Fuller et al., 2011b; Harkness & Bower, 2009; Westheimer, Steinley-Bumgarner, & Brownson, 2008). L'ISM est interpellé spécifiquement pour son expertise de santé mentale. C'est-à-dire, que lorsque qu'un client souffrant de TSM se présente à la clinique, il est automatiquement référé à l'ISM pour une évaluation (Westheimer et al., 2008) au lieu de le référer vers d'autres services spécifiques de santé mentale tel que le psychiatre (Pomerantz, Cole, Watts, & Weeks, 2008). L'ISM assure principalement la détection et le suivi des besoins psycho-sociaux des clients ayant des TSM. Par conséquent, la communication de ces intervenants et des MO est favorisé et la complémentarité des soins est assurée (Fuller et al., 2011b; Harkness & Bower, 2009; Westheimer et al., 2008). Selon Harkness and Bower (2009), un des effets complémentaire de cette méthode est qu'il y ait transfert des connaissances de l'ISM vers les MO, favorisant par le fait même leur niveau de confort avec cette clientèle et leurs habiletés pour mieux détecter et traiter les TSM.

Soin intégrés. Dans ce modèle, il s'agit d'intégrer des services de santé mentale dans une clinique par l'intégration d'un ISM qui veillera à évaluer le client de façon holistique en prodiguant des soins bio-psycho-sociaux (Hine, Howell, & Yonkers, 2008; Lester, 2005;

Walker & Collins, 2009). Cette approche de soins holistiques, requiert de la part de l'ISM une vaste expertise pour détecter les problématiques tant physiques que psychologiques tout comme de la créativité dans ses soins (Auxier, Farley, & Seifert, 2011; Lester, 2005). Certaines organisations, octroient le rôle de gestionnaire de cas à l'ISM (Doey, Hines, Myslik, Leavey, & Seabrook, 2008) qui doit présenter les mêmes connaissances et compétences dans les soins physiques et psycho-sociaux que l'ISM cité ci-haut. Les balises de ce modèle sont exposées par l'étude de Doey et al. (2008): des soins centrés sur la personne; une vision holistique; la relation de confiance; la prévention et promotion; les services et soins dans les mêmes lieux physiques; une meilleure utilisation du gestionnaire de cas; une diminution du stigma; la collégialité; et le soutien. Comme le relate plusieurs auteurs, cette structure de service est propice pour la clientèle qui présente des comorbidités physiques, car du coup, elle est traitée pour l'ensemble de ses problèmes. (Butler et al., 2011; Heideman et al., 2007; Horvitz-Lennon, Kilbourne, & Pincus, 2006; Snyder, Dobscha, Ganzini, Hoffman, & Delorit, 2008; Walker & Collins, 2009). Ce qui rejoint le rôle de l'infirmière clinicienne spécialisée en santé mentale et psychiatrie (ICS-SM/PSY) qui sera présenté dans la section « *Proposition d'un modèle de prestation de soins par une infirmière en santé mentale dans un GMF* ». Tout comme l'ISM dans le mode de collaboration des soins intégrés, L'ICS-SM/PSY évaluent les troubles mentaux de la clientèle selon une perspective globale ce qui inclue autant les besoins de santé physiques que les besoins de santé mentale (Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, 2012).

Collaborative care. Le modèle *Collaborative care* se distingue des autres modèles par la présence systématique d'un gestionnaire de cas qui est un ISM. Parfois s'y retrouve également un ISM supplémentaire. Ensemble, ils soutiennent le MO dans l'évaluation et le traitement des clients souffrant de TSM (Chaney et al., 2011; Sanchez et al., 2010). Le gestionnaire de cas est ici utilisé pour son expertise en santé mentale. Plusieurs chercheurs exposent d'ailleurs l'importance de la collaboration étroite entre trois intervenants clés, soit le MO, le gestionnaire de cas et le psychiatre (Williams & Manning, 2008). Les traitements sont sous la responsabilité partagée de ces trois acteurs ce qui favorise les soins holistiques (bio-psycho-sociaux) du client et de meilleurs résultats cliniques (Williams & Manning, 2008). De façon plus spécifique, le gestionnaire de cas verra à faire une évaluation du client pour ses problèmes de santé mentale, pour ensuite procéder à un suivi qui visera l'enseignement sur la médication, les auto-soins, et l'assiduité au traitement (Sanchez et al., 2010). D'ailleurs, ces mêmes auteurs, nous présentent les sept éléments de l'approche du *Collaborative Care*, soit: 1) la présence d'un ISM dans la clinique; 2) un suivi systématique par un ISM; 3) une consultation écrite selon le plan de soins établi avec le client; 4) une consultation entre les intervenants (ISM, gestionnaire de cas et MO); 5) un suivi et mesure des résultats cliniques; 6) la présence d'un gestionnaire de cas qui promeut le traitement et son assiduité et qui fait l'enseignement nécessaire; et 7) un suivi thérapeutique basé sur les meilleures pratiques. Cette façon de procéder est essentielle pour améliorer l'offre de service et améliorer l'état de santé de la population (Sanchez et al., 2010; Tai-Seale et al., 2010; Thielke et al., 2007).

L'ensemble des modèles décrits ci-haut rejoint l'axe du « Système de santé-Organisation des soins » du modèle du CCM de Wagner (1998), qui prône la présence d'une culture, d'une organisation et des mécanismes qui veillent sur la qualité et la sécurité des soins. En effet, tous les modèles intègrent la notion de partenariat afin de coordonner les soins sécuritaires et de qualité pour la clientèle. Maintenant, par la présence de l'ISM et du gestionnaire de cas qui sont bien décrits et balisés, les trois modes de collaboration répondent à l'axe « Organisation d'offre de services structurés ». Ce dernier vise l'offre de services efficaces, efficients et qui soutient les auto-soins (Tableau 1), notamment par la description des rôles et responsabilités des professionnels impliqués.

Dans ces différents modèles d'intégration d'un professionnel autre que le médecin pour offrir des soins à la clientèle souffrant de TSM, la fonction de gestionnaire de cas est fréquemment évoqué. Nous en donnerons maintenant une définition.

Le rôle de l'intervenant de santé mentale intégré dans un service de santé primaire : gestionnaire de cas

Tout comme l'ISM, la littérature ne précise pas toujours le type de professionnel qui occupe la fonction de gestionnaire de cas. Nous verrons dans la section proposant un modèle de soins, la valeur ajoutée de cette fonction lorsqu'elle est assumée par une infirmière. Plusieurs études, rapportent que l'ISM intégré dans la clinique, détient souvent le rôle de gestionnaire de cas (Butler et al., 2011; Chaney et al., 2011; Gilbody, Bower, Fletcher, Richards, & Sutton, 2006; Kathol, Butler, McAlpine, & Kane, 2010; McEvoy & Barnes, 2007; Oxman, Dietrich, & Schulberg, 2003; Sanchez et al., 2010; Thielke et al., 2007; Williams & Manning, 2008). De plus, dans la recension réalisé sur le concept du rôle

de l'infirmière, il a été soulevé que ce rôle était souvent assumé par une infirmière (Happell et al., 2012; Henderson et al., 2008; Kudless & White, 2007; McGuinness, 2003; Nutting et al., 2008; Rapp & Goscha, 2004; Simpson, 2005). La présence et la description spécifique du rôle du gestionnaire de cas rejoint l'axe « Organisation d'offre de services structurés » du modèle du CCM de Wagner (1998) (Tableau 1). En effet ce rôle est cité en exemple pour appuyer la définition de cet axe qui lui vise l'offre de services structurée, efficace, efficiente et qui soutient les auto-soins. D'ailleurs le gestionnaire de cas, parviendra à la réalisation de ses tâches par des interventions basées sur les données probantes et qui par le fait même assurent la sécurité et la qualité des soins (Axe Système de santé-Organisation des soins).

Selon Williams and Manning (2008), le gestionnaire de cas est un spécialiste en santé mentale qui voit à la bonne prestation des soins et services requis par le client. Le gestionnaire de cas assure la mise en place de tout les éléments nécessaires pour répondre aux buts et objectifs de soins préalablement établis avec le client (Chaney et al., 2011; McEvoy & Barnes, 2007; Nutting et al., 2008; Sanchez et al., 2010; Thielke et al., 2007). Le rôle du gestionnaire de cas comprend des tâches spécifiques que Thielke et al. (2007), ont adapté aux dimensions de la santé mentale dans un contexte de service primaire selon le *Chronic Care Model* de Wagner (1998). Ce rôle comprend : 1) L'éducation du client sur sa maladie; 2) L'implication et le soutien du client dans la prise de décision quant à ses soins; 3) La mesure des résultats de soins à partir d'outils structurés; 4) Le suivi nécessaire; 5) La discussion et l'encouragement de la prise de médication selon la prescription médicale; 6) Le suivi thérapeutique selon des approches basées sur les meilleures pratiques tel que

l'entretien motivationnel et l'approche par résolution de problème; 7) Les consultations avec des intervenants spécifiques si nécessaire; et 8) Les références vers l'intervenant et services spécifiques de santé mentale ou des ressources communautaires pouvant aider à répondre aux besoins du client. Par l'intermédiaire de ces tâches, le gestionnaire de cas se situe dans l'axe du Soutien à l'auto-soins et l'axe « Communauté-Ressources et politiques » du modèle du CCM de Wagner (1998) (Tableau 1). Ses interventions mettent l'accent sur le rôle central que détient le client dans l'auto-gestion de sa maladie. De plus, le gestionnaire de cas réfère le client vers des ressources communautaires qui facilitent le recours aux auto-soins et l'atteinte de ses objectifs.

Pour réaliser ses tâches, le gestionnaire de cas doit être soutenu. Rapp and Goscha (2004) à l'aide de leur revue systématique (N=12 études), ont décrit dix principes à respecter: 1) Le gestionnaire de cas doit prodiguer le maximum de soins et éviter les références vers d'autres services 2) Les ressources naturelles de la communauté sont les principaux partenaires 3) Le travail se fait dans la communauté 4) Le travail de gestion individuel et d'équipe fonctionne 5) Le gestionnaire de cas est le premier responsable pour les services de son client 6) Les gestionnaires de cas peuvent être des para-professionnels et les superviseurs doivent avoir de l'expérience et de la crédibilité 7) La charge de cas des gestionnaires de cas doit être petite afin d'allouer le temps direct avec les clients 8) Le service du gestionnaire de cas doit être illimité dans le temps si nécessaire 9) Les clients doivent avoir accès à une personne ressource 24h/24 et 7jours/7 10) Le gestionnaire de cas doit promouvoir les choix.

En plus des tâches mentionnées ci-haut, la présence d'un gestionnaire de cas facilite l'organisation des soins requis; facilite la communication entre les divers intervenants; est source de soutien pour les MO; et il joue un rôle d'*advocacy* afin de bien répondre aux besoins du client. (Butler et al., 2011; Chaney et al., 2011; Gilbody et al., 2006; Nutting et al., 2008). Le soutien aux MO rejoint l'axe du « Soutien à la décision clinique » du modèle du CCM de Wagner (1998) (Tableau 1). Bien évidemment pour réaliser pleinement ce rôle, certaines conditions doivent être présentes tel que d'avoir une charge de cas raisonnable permettant le temps de soins direct avec leur client; et que le rôle soit clairement défini afin qu'il n'y ait pas confusion dans les rôles et responsabilités des membres des équipes interdisciplinaires (Simpson, 2005). Il importe aussi de prendre connaissance des obstacles possibles à la collaboration afin de pouvoir y remédier. C'est ce qui sera présenté dans cette prochaine section.

Obstacle à la collaboration

Quoique la collaboration soit essentielle afin d'offrir des soins holistiques et intégrés, la littérature fait part de plusieurs obstacles qui entravent le bon fonctionnement de cette collaboration. Tout d'abord, les perceptions des MO et celle des psychiatres face aux rôles des intervenants de première ligne n'est pas forcément positive comme l'indique des études Australiennes (Bambling et al., 2007; Buchan & Boldy, 2004). Bambling et al. (2007) ont examiné entre autre la perception des MO (N= 37) dans les milieux ruraux concernant leur évaluation des services offerts dans la communauté. Les résultats des entretiens, démontrent: 1) un manque de continuité dans les soins 2) qu'ils procèdent surtout à de la

gestion de crises avec la clientèle souffrant de TSM 3) un manque de communication entre les services de santé primaires et les services spécifiques de santé mentale 4) une absence de continuité de soins entre les services de santé primaire et les services spécifiques de santé mentale 5) une absence de soutien dans leur pratique de la part des services spécifiques de santé mentale. Une autre observation rapportée par les MO, est la méconnaissance de la part des services de santé primaire et des services spécifiques de santé mentale quant à leur rôle et offre de services mutuels (Bambling et al., 2007; Buchan & Boldy, 2004). Ce qui ne permet pas de rejoindre l'axe du « Système de santé-Organisation des soins » visé par Wagner (1998) (Tableau 1), car il faut avant tout se connaître pour ensuite établir des ententes de collaboration qui elles viseront la coordination des soins.

Quoique l'échantillon de l'étude de Bambling et al. (2007) soit petit et difficilement représentatif de l'ensemble des perceptions des MO, ces constat rejoignent ceux de l'étude exploratoire réalisée par Buchan and Boldy (2004) auprès de MO (N=14), de psychiatres (N=15) et d'administrateurs (N=11). Dans cette étude, les MO rapportent les difficultés d'accès aux services spécifiques de santé mentale; une méfiance par rapport aux soins offerts dans ces mêmes équipes de soins; des besoins de formation pour mieux desservir les clients avec des TSM. Pourtant, le besoin de formation est un élément essentiel rapporté par Wagner (1998) dans son modèle du CCM et plus spécifiquement dans son axe du « Soutien à la décision clinique » (Tableau 1). Toujours selon Buchan and Boldy (2004), les psychiatres et administrateurs rencontrés dans le cadre de leur étude, ont l'impression qu'ils doivent gérer les problèmes des MO, que les MO ont besoin de formation et de soutien

dans leur pratique afin de mieux traiter la clientèle souffrant de TSM et de les maintenir dans la communauté. La méconnaissance des services et des intervenants découle, entre autre, du fonctionnement parallèle entre les services de santé primaire et les centres hospitaliers (Bambling et al., 2007; Buchan & Boldy, 2004). Par conséquent, ce fonctionnement en silo mène le client à migrer d'un service à l'autre avec un risque de coupure dans les services et une dépersonnalisation des soins (Doey et al., 2008). Ce qui ne permet pas, encore une fois ici, de rejoindre l'axe « Système de santé-Organisation des soins » (Wagner, 1998) (Tableau 1), car aucun mécanisme de partenariat n'est établie avec les partenaires pour pouvoir coordonner des services et tendre vers la continuité des soins. Les clients, se retrouvent donc avec des services difficilement accessibles et surchargés ce qui mène à de longues listes d'attente (Kathol et al., 2010). Quand finalement ils sont appelés, les services ne sont plus appropriés à la situation (McElheran, Eaton, Rupcich, Basinger, & Johnston, 2004). Parmi les autres obstacles à la collaboration, les auteurs font référence au manque d'intérêt des MO face à la santé mentale et leur mode de rémunération qui diffère par rapport aux médecins pratiquant dans les centres hospitaliers (Guevara et al., 2009; Oxman et al., 2003). Pourtant la clientèle souffrant de TSM se présente dans ces services de santé et ce malgré les inconvénients cités ci-haut (Doey et al., 2008).

En définitive, la fonction de l'ISM et du gestionnaire de cas sont au cœur des modèles recensés. Ils soutiennent le client dans ses auto-soins par l'intermédiaire d'interventions basées sur les données probantes et soutiennent le MO dans l'évaluation et le traitement des clients souffrant de TSM. Trois modèles de collaboration furent retenus car ils intègrent un ISM : le *Co-location*, les soins intégrés et le *Collaborative care*. Le *Co-location* intègre un

ISM qui travaille en étroite collaboration avec le MO et est interpellé spécifiquement pour son expertise de santé mentale. Les soins intégrés consistent à l'intégration des services de santé mentale dans une clinique par l'intégration d'un ISM qui veillera à évaluer le client de façon holistique en prodiguant des soins bio-psycho-sociaux. Et finalement le *Collaborative care* se distingue des autres modèles par la présence systématique d'un gestionnaire de cas, qui est un ISM. Parfois même, il se rajoute un ISM supplémentaire et ensemble ils soutiennent le MO dans l'évaluation et le traitement des clients souffrant de TSM.

En plus de la description des modèles, du rôle de l'ISM et du rôle de gestionnaire de cas, certains facteurs qui nuisent à l'intégration optimale d'un ISM ont été présentés tel que: la méconnaissance mutuelle quant à leur offre de services et leurs habiletés à traiter la clientèle souffrant de TSM; le manque de communication; et le manque de continuité de soins. Malgré cela, les études tendent à montrer que la collaboration des intervenants entre eux dans les services de santé mentale contribue à l'amélioration des soins aux clients souffrant de TSM.

Afin d'appuyer ces modèles, la prochaine section présentera les impacts de l'utilisation des modèles de collaboration intégrant un intervenant en santé mentale dans des services de santé primaire.

Les impacts de l'utilisation des modèles de collaboration intégrant un intervenant en santé mentale dans des services de santé primaire

Les résultats obtenus par les divers études recensées, permettent de constater des avantages significatifs et ce, autant pour les intervenants impliqués que pour les clients. Gilbody et al. (2006), dans leur revue systématique d'études randomisées (N= 42), qui elles comparaient les soins selon le *Collaborative Care* par rapport aux soins traditionnels chez des clients souffrant de dépression, ont quantifié à court terme et long terme l'efficacité du modèle de *Collaborative Care* (N= 12355 clients). Leurs résultats montrent des améliorations cliniques chez les clients au sixième mois et des bienfaits qui se poursuivent à long terme même après cinq ans. Ces améliorations s'expliquent notamment, par une meilleure assiduité aux médicaments, au professionnalisme des intervenants et du gestionnaire de cas en place. Harkness and Bower (2009), qui ont réalisé une revue de littérature pour déterminer les effets directs et indirects des interventions réalisés par un ISM dans un service de santé primaire (N= 42 études randomisées et quasi-expérimentales), montrent des effets favorables lorsque les clients reçoivent les soins d'un ISM par rapport aux clients recevant des soins traditionnels. Ces effets sont les suivants : diminution dans le nombre de consultation chez les clients; diminution dans le nombre de prescriptions de psychotropes par les MO; une réduction des références des MO vers les services de santé mentale spécifiques, une amélioration du maintien de ces clients dans les services de santé primaire donc dans la communauté (Harkness & Bower, 2009). Selon Harkness and Bower (2009), quoique les effets rapportés dans l'étude soient parfois d'amplitude modestes, ils méritent d'être soulignés, car ils reflètent des effets favorables pour les clients et un

changement de pratique chez les MO. Du côté de Hine et al. (2008), ils rapportent les avantages suivants quant aux soins intégrés: l'amélioration de la détection des TSM et de l'offre des soins visant les TSM; la diminution des références vers les services spécifiques de santé mentale; l'amélioration de l'offre de services au client qui se présente aux services de soins primaires; et la prévention de la détérioration au plan physique et psychologique.

La revue systématique de Fuller et al. (2011b) (N= 119 articles) qui a recensé l'efficacité des activités de collaboration, rapportent quant à elle, la présence d'un meilleur engagement des clients au suivi et au traitement; une meilleure capacité aux auto-soins de la part des clients; une meilleure réponse au traitement; une réduction des symptômes et de leurs sévérité; et un meilleur fonctionnement physique et social. Il est également rapporté par d'autres études, qu'il y a une amorce plus rapide du traitement, une meilleure assiduité au traitement pharmacologique et psycho-sociale et le maintien de la population dans la communauté au-lieu d'avoir recours aux services spécialisés de santé mentale (Pomerantz et al., 2008; Pomerantz et al., 2010). La satisfaction des clients quant aux soins reçus par un ISM a également été évaluée dans divers études. Les clients rapportent un haut taux de satisfaction face aux services intégrés et les services reçus par l'ISM (Funderburk et al., 2010; Hine et al., 2008) et ils rapportent également vivre moins de stigmatisation (Doey et al., 2008; Heideman et al., 2007; Lester, 2005; Pomerantz et al., 2008; Pomerantz et al., 2010; Westheimer et al., 2008). L'article de Lester (2005), sur les avantages et les barrières d'une approche de soins intégrés, les clients ont rapporté avoir une plus grande place dans leurs soins tout comme une plus grande participation dans la prise de décision quant à leurs soins. Toujours selon Lester (2005), les clients disent apprécier la communication entre les

intervenants et voir une nette amélioration dans la continuité des soins tout comme une plus grande considération des besoins des familles.

Quoique les avantages au niveau clinique soient de premier ordre, ceux qui concernent l'organisation de soins sont tout aussi intéressants. Hine et al. (2008) ont rapporté une diminution des coûts à long terme; une diminution des visites aux services de santé en général et une réduction du recours à de multiples test et examens diagnostic. D'autres études rapportent des constats tout aussi intéressant tel qu'une diminution des séjours hospitaliers (Doey et al., 2008); une diminution du nombre des consultations vers multiples services à la fois de clients ayant des co-morbidités de santé physique (Heideman et al., 2007); une diminution des coûts parce que les MO ne réfèrent plus autant les clients vers les services spécifiques de santé mentale et ce compte tenu que l'ISM en place répond à leur questionnement (Heideman et al., 2007).

En plus des effets favorables cités ci-haut, un autre aspect recherché est l'amélioration de l'accessibilité aux services au moment opportun pour le client (Felker et al., 2004; Hine et al., 2008). Une étude Américaine qui a évalué les effets de l'implantation d'une équipe multidisciplinaire dans un service primaire de soins pour les Vétérans (Felker et al., 2004), rapportent une amélioration de l'accessibilité et de l'efficacité des services puisque le nombre de références vers les services spécifiques de santé mentale a chuté de façon considérable soit de 38% à 14%. Ces clients étaient plutôt traités dans les services de santé primaires et donc maintenus dans la communauté. Le fait d'avoir une équipe multidisciplinaire qui détecte, évalue et stabilise rapidement le client souffrant de TSM mène à prévenir les détériorations et le recours à des services spécialisés en santé mentale

(Felker et al., 2004; Kutcher, Davidson, & Manion, 2009; Pomerantz et al., 2008; Zeiss & Karlin, 2008; Zivin et al., 2010). Felker et al. (2004), rapportent également une amélioration dans les soins de collaboration et surtout une diminution des services fragmentés. L'ISM parvient à traiter une variété de problématiques de santé mentale à un moment et lieu opportun pour le client tout en donnant un compte rendu de ces suivis au MO (Correll et al., 2011). Enfin la communication est grandement appréciée par les MO, car celle-ci a pour effet d'améliorer les relations entre les intervenants et d'avoir un meilleur accès aux services de santé mentale (Funderburk et al., 2010).

La recension des écrits sur les impacts positifs de l'introduction d'un ISM confirme la pertinence de l'utilisation du modèle du CCM de Wagner (1998). Les impacts recensés dans la littérature rejoignent les axes du modèle du CCM de Wagner (1998) (Tableau 1). Tout d'abord, les clients rapportent un rehaussement de leur participation dans leurs soins et de meilleures capacités à gérer leurs maladies et leurs soins. Ces constats rejoignent l'axe du « Soutien à l'auto-soin ». Maintenant, la perception d'une augmentation de la continuité des soins, de la diminution de la fragmentation des soins, rejoignent quant à eux l'axe du « Système de santé-Organisation des soins ». Pour ce qui est de la présence du gestionnaire de cas tout comme le fait d'avoir une équipe dédiée qui détecte, évalue et traite rapidement les clients ayant des TSM, rejoignent davantage l'axe « Organisation d'offre de services structurés ». Et enfin, le rehaussement des liens de partenariat avec les partenaires de la communauté rejoignent davantage l'axe de la « Communauté-Ressources et politiques ».

Les nombreux effets favorables rapportés jusqu'ici montrent la valeur ajoutée d'intégrer un tel intervenant. Pour ce faire, certains éléments sont à considérer afin d'assurer la réussite de son intégration et c'est ce qui sera présenté dans la prochaine section.

Les éléments à considérer pour l'intégration d'un intervenant de santé mentale dans les services de santé primaire

Afin d'assurer la réussite de l'intégration d'un ISM, il est important de réaliser une planification structurée du mode de collaboration à implanter pour viser une offre de soins sécuritaire et de qualité. Plusieurs chercheurs rapportent que pour procéder à une bonne planification, il faut préalablement connaître les besoins de la clientèle à desservir et des intervenants impliqués (Kutcher et al., 2009; Robinson & Strosahl, 2009; Swenson et al., 2008). Afin de faciliter l'instauration de pratiques basées sur la collaboration, Fuller et al. (2011a) ont réalisé une revue systématique et ont eu recours à un groupe d'expert, soit des gestionnaires des services de santé mentale de première ligne, qui les ont aidé dans la formulation des stratégies soutenant un tel changement. Le groupe expert faisant partie de cette étude recommandent de: 1) S'assurer qu'il y ait un soutien de la part de l'organisation lors de l'implantation des modes de collaboration; 2) Développer conjointement la planification clinique de l'offre de services et développer des méthodes de résolution de problème potentiels lors de l'élaboration de ces planification; 3) Développer conjointement les guides de pratiques quant aux moyens de collaboration; 4) Assurer la formation nécessaire aux intervenants dont les infirmières ayant à intervenir avec la clientèle de santé mentale; et 5) Assurer une rétroaction aux partenaires quant aux résultats des modes de

collaboration instaurés. Ceci rejoint l'étude cas de Walker and Collins (2009), qui ont décrit 4 étapes facilitant l'implantation d'un ISM, il s'agit 1) d'analyser la situation et établir des liens de confiance; 2) d'établir des buts communs; 3) d'identifier les barrières possibles et de trouver ensembles des stratégies pour mieux les gérer; et 4) de prévoir une bonne planification, de tester les résultats et de réviser le plan établi initialement.

Quant à Robinson, P. et Strosahl, K.D. (2009), ils stipulent qu'il faut avoir un cadre clair sur le mode de collaboration à implanter pour pouvoir amener et soutenir le changement. Toujours selon Robinson and Strosahl (2009), il faut s'assurer de la formation des MO et des ISM quant au mode de collaboration choisi et de maximiser le travail de collaboration qui doit être établi entre eux. Selon Hine et al. (2008), la structure de travail découlant du mode de collaboration choisi, requiert de la part des intervenants un réajustement et une adaptation dans leur méthodes de travail compte tenu qu'ils proviennent de milieux distincts (Hine et al., 2008). Pour y arriver, il faut avant tout connaître les rôles et responsabilités de chacun des membres de l'équipe et de s'entendre sur le mode de collaboration afin d'optimiser l'offre de service (Hine et al., 2008; Kolko, Campo, Kilbourne, & Kelleher, 2012; Lester, 2005; Lester et al., 2004). Il faut également bien décrire le mode de collaboration, le baliser, et permettre les réunions afin d'optimiser la collaboration (Bramsfeld et al., 2012). Se rajoute la description des protocoles de soins, l'établissement des modes de communications efficaces et le soutien clinique des MO (Kolko et al., 2012).

Le soutien administratif est sans contredit un élément clé dans la réussite et pérennité d'un tel projet. Plusieurs auteurs stipulent que les organisations qui veulent implanter un tel

modèle, doivent mobiliser un bon *leadership* qui soutiendra le changement et qui verra à établir et maintenir des relations de confiance avec les différents acteurs impliqués afin de favoriser son implantation (Auxier et al., 2011; Butler et al., 2011; Kirchner et al., 2010). Selon Kathol et al. (2010), les facteurs aidant à l'intégration d'un ISM sont : la présence de ressources clé au niveau clinique et administratif qui soutiennent et favorisent le changement de culture, le fait d'être centré sur l'objectif de l'approche, la formation entre les intervenants, l'utilisation d'un questionnaire de cas, le système d'enregistrement de la clientèle et la coordination d'un travail de cohabitation dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire. La présence de ressources clés, qu'on appelle aussi des mentors ou des champions, sont des personnes engagées qui croient au projet et qui par leur engouement et connaissances soutiennent le changement en faisant notamment un rappel régulier aux intervenants afin de maintenir et de favoriser le changement (Kirchner et al., 2010; Lester, 2005). Cette approche participative favorise la collaboration (Fickel, Parker, Yano, & Kirchner, 2007).

En lien avec le cadre de référence qui est le modèle du CCM de Wagner (1998), la planification structurée du mode de collaboration à implanter qui vise des soins sécuritaires et de qualité, exige une analyse approfondie de la situation actuelle pour ensuite mettre en place les manœuvres nécessaires pour sa réalisation et sa réussite. Ce qui rejoint l'axe du « Système-Organisation des soins » (Tableau 1) du modèle du CCM de Wagner (1998) qui prône la présence d'une culture, d'une organisation et des mécanismes qui visent la qualité et la sécurité des soins. Ceci se fait entre autre par la présence de gestionnaires qui encouragent et soutiennent les changements organisationnels; par une offre de services

ayant des buts et des objectifs mesurables permettant de faire le suivi sur la qualité des services offert; et par l'élaboration d'ententes de collaboration avec les partenaires de la communauté qui favoriseront la continuité des soins.

Outre l'axe du « Système de santé-Organisation des soins », plusieurs autres liens peuvent être faits avec les axes du modèle du CCM de Wagner (1998) (Tableau 1). Il y a l'importance de décrire clairement le mode de collaboration à instaurer tout comme le rôle et responsabilités des intervenants impliqués, les protocoles de soins et les modes de communications ce qui rejoint l'axe « Organisation d'offre de services structurés ». En ce qui concerne le besoin de soutenir les MO, la formation requise pour les intervenants pour la réalisation des nouvelles pratiques et la présence de gestionnaires de cas, ils rejoignent plutôt l'axe du « Soutien à la décision clinique ». L'axe du « Système d'information clinique » est également interpellé, notamment par la nécessité d'établir un système d'enregistrement de la clientèle. Cet axe vise le développement d'un système d'information basé sur la population ciblée afin de relever les données pertinentes et d'offrir des soins efficaces et efficients. Finalement, l'axe « Communauté-Ressources et politiques » qui comprend la nécessité de procéder à une rétroaction auprès des partenaires de soins face au mode de collaboration instauré.

En somme les éléments à considérer pour l'intégration d'un ISM dans les services de santé primaire sont : la planification judicieuse du projet à implanter, la description précise des rôles et des tâches des intervenants impliqués, l'adoption d'un mode de collaboration et l'élaboration des ententes de collaboration avec les divers partenaires impliqués. Tout ceci, requiert également le soutien de gestionnaires pour accompagner le changement.

Jusqu'ici la littérature a permis de décrire le rôle de l'ISM comme étant un intervenant qui soutient le client dans ses auto-soins et qui soutient également le MO dans l'évaluation et le traitement des clients souffrant de TSM. Les différents modes de collaboration associés à ce rôle furent également explorés. Les trois modes de collaboration retenus sont : le *Co-Location*, les soins intégrés et le *Collaborative Care*. Ces trois modèles ont en commun l'intégration d'un ISM et ils se distinguent par le rôle spécifique que joue l'ISM. Dans le *Co-location*, il n'est interpellé que pour l'évaluation psycho-sociale, tandis que dans les soins intégrés, il est responsable de l'évaluation bio-psycho-sociale. Pour ce qui est du *Collaborative Care*, l'ISM détient le rôle de gestionnaire de cas en plus du rôle décrit pour l'ISM. Plus spécifiquement, le gestionnaire de cas veille à la bonne prestation des soins et services pour répondre aux buts et objectifs de soins du client.

Malgré la présence de certains obstacles, tel que le manque de communication et le manque de continuité des soins, des améliorations cliniques tel que la réduction des symptômes, une meilleure assiduité aux traitements et une meilleure gestion des auto-soins ont été identifiés pour chacun des modèles. Ces effets positifs se répercutent au niveau organisationnel soit une: amélioration de la continuité des soins, réduction des multiples références hors clinique, meilleure collaboration avec les partenaires des soins et globalement une réduction des coûts.

Afin d'adapter ces modèles à la réalité du Québec, des infirmières d'un CSSS ont été rencontrées pour valider les données recensées avec des expériences tacites. C'est ce qui suit dans la prochaine section.

Discussion : Validation des données recensées avec un CSSS de Montréal ayant expérimenté ce rôle

Afin d'adapter le rôle de l'infirmière en santé mentale dans une GMF à des modèles actuellement utilisés, une rencontre fut effectuée avec la chef d'administration de programme de santé mentale d'un CSSS de Montréal tout comme avec une des infirmières travaillant dans un GMF. Ces personnes furent choisies car elles ont participé activement à l'élaboration, l'implantation et le suivi du projet. Les résultats de ces rencontres, ont permis à l'auteure de ce travail dirigé de valider les données recueillies auprès de ces deux interlocuteurs avec les données recueillies dans la recension des écrits. Quoique qu'il y ait quelques différences, plusieurs éléments concordent avec ceux de la littérature.

Cette équipe de soins a créé en 2009 une offre de service novatrice qui fut d'ailleurs reconnu par le MSSS. En effet, ayant démontré le succès et les aspects favorables de ce projet, ils ont reçu le prix d'excellence de la part du Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (2010) dans la catégorie « Intégration des services ». Cette section présentera donc: 1) les motifs ayant mené à l'intégration d'une infirmière dans les GMF 2) la préparation à l'intégration de l'infirmière dans la GMF 3) les éléments facilitateurs et les obstacles rencontrés 4) le rôle de l'infirmière et son mode de fonctionnement 5) le soutien administratif et 6) les impacts de cette approche.

Les motifs ayant mené à l'intégration d'une infirmière dans les GMF

Les motifs ayant mené à la création de ce rôle sont multiples. Tout d'abord, les infirmières rencontrées ont mentionné l'importance de respecter les balises ministérielles du PASM (Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2005) qui préconise entre autre le soutien des MO dans leur pratique auprès de la clientèle de santé mentale, le

maintien de la clientèle dans la communauté et l'amélioration de l'accessibilité de la clientèle aux services de santé mentale. De plus, et tout comme la littérature le démontre (Bambling et al., 2007; Doey et al., 2008; McElheran et al., 2004), la clientèle souffrant de TSM consulte davantage les MO qui sont dans les services primaires de soins tel que les cliniques médicales et les GMF parce qu'ils sont moins stigmatisants. Ils ont aussi constaté que cette même clientèle consulte davantage les services de santé primaires parce qu'elle présente des comorbidités physiques pour lesquelles elle doit être traitée (Auxier et al., 2011; Doey et al., 2008; Williams & Manning, 2008).

Rappelons l'étude de Fleury et al. (2008) qui s'est réalisée dans un contexte québécois et qui rapporte que 25% de la clientèle des GMF sont des personnes souffrant de TSM. Afin d'offrir des services répondant aux besoins de cette clientèle, ce CSSS a donc introduit de façon graduelle des infirmières dans les GMF. Au total, il y a trois infirmières, provenant du CSSS, qui œuvrent en collaboration étroite avec les MO dans 3 GMF distincts. Ces infirmières, quoiqu'elles pratiquent dans le GMF, demeurent sous la gouverne de l'équipe de santé mentale de première ligne du CSSS. Malgré l'intégration des infirmières de santé mentale dans le GMF, un fonctionnement parallèle demeure entre ces infirmières et celles qui sont déjà dans le GMF et qui traitent plutôt les soins physiques. En effet, les infirmières de santé mentale sont utilisées exclusivement que pour leur expertise et c'est donc vers elles que les clients souffrant de TSM sont référés. Cette organisation de soins reflète davantage le modèle du *Co-Location* où on intègre un ISM et qui traite que la clientèle souffrant de TSM (Fuller et al., 2011b; Funderburk et al., 2010; Harkness & Bower, 2009). Les infirmières rencontrées ont fait part de l'importance d'accroître le travail de

collaboration entre elles et le MO, mais également avec les infirmières des GMF qui traitent davantage les soins physiques.

La préparation à l'intégration de l'infirmière dans les GMF

Un tel projet implique une préparation méticuleuse qui fait appel entre autre aux habiletés politiques de *leadership* des gestionnaires. Les gestionnaires doivent veiller au développement du projet tout comme au soutien des équipes de travail qui sont visées par le changement. Cette vision rapportée par la gestionnaire rencontrée est également celle rapportée par plusieurs chercheurs internationaux (Auxier et al., 2011; Bramesfeld et al., 2012; Fuller et al., 2011a; Kathol et al., 2010; Kirchner et al., 2010). Le soutien administratif est d'ailleurs cité en exemple pour appuyer la définition de l'axe du « Système de santé-Organisation des soins » du modèle du CCM de Wagner (1998) (Tableau 1).

Les étapes du projet sont illustrées à la Figure 5. Au-dessus du diagramme, la gestionnaire veille au bon fonctionnement du développement et de l'implantation du projet. Maintenant comme première étape il y a l'« Analyse », qui consiste à: analyser la situation; établir des liens de confiance avec les partenaires impliqués; élaborer des buts et des objectifs communs, tout comme des procédés de travail facilitant la réalisation du dit projet (Fuller et al., 2011b; Katon et al., 1997). La gestionnaire rencontrée dans ce cas-ci, rapporte l'importance de s'entourer de personnes qui croient et qui sont engagées dans le projet (MO, infirmières et gestionnaires) tout comme des personnes clés qui sauront faire avancer le projet vers sa réalisation (MO et gestionnaires des GMF). De plus, elle rajoute l'importance de s'appuyer sur des données probantes qui sauront convaincre les acteurs

clés. La deuxième étape, nommé « Équipe de travail » implique la création d'une équipe de travail. Dans ce cas-ci, l'équipe en question a réalisé ses travaux en s'appuyant sur les balises ministérielles (PASM) (Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2005), pour ensuite établir ensemble un but commun et les objectifs souhaités. Comme troisième étape « Rencontre des GMF », l'équipe de travail a approché les gestionnaires des GMF et les MO pour présenter le projet, le rôle de l'infirmière en question et bien évidemment les impacts favorables pour les clients et pour les MO.

Afin de co-construire un tel projet, l'équipe de travail a tout d'abord pris le temps de connaître les craintes, préoccupations et recommandations provenant des MO afin de réajuster l'offre de service et répondre à leurs besoins. Comme mentionné auparavant, pour réaliser un tel projet, il faut préalablement évaluer et analyser les besoins du GMF visé et de la clientèle qui la consulte ce qui permet d'établir des buts et des objectifs communs et réalistes (Kutcher et al., 2009; Macdonald et al., 2004; Robinson & Strosahl, 2009; Swenson et al., 2008). Une autre étape primordiale pour la réalisation et le succès de ce rôle, le « Partenariat », permet de connaître les services et les ressources de la communauté, leurs modes de fonctionnement et mode de référence afin de bien informer la clientèle. Ceci rejoint l'axe « Communauté-Ressources et politiques » du modèle du CCM de Wagner (1998) qui souligne l'importance de l'identification des ressources communautaires pouvant offrir des services à la clientèle spécifique de santé mentale et l'établissement de liens de partenariat avec ceux-ci.

En fin comme dernière étape, se trouve l'« Implantation ». Pour y arriver il est important que les divers acteurs se connaissent. Selon la gestionnaire rencontrée, et tel que

vu dans la littérature, compte tenu que les acteurs clés proviennent de milieux distincts, il est important de prendre connaissance du rôle et des champs de pratique de chacun et de s'entendre sur le mode de collaboration à développer (Hine et al., 2008; Kolko et al., 2012; Lester et al., 2004; Robinson & Strosahl, 2009). Ce qui tend vers l'axe de l' « Organisation d'offre de services structurées » du modèle de CCM de Wagner (1998) qui préconise de définir clairement le rôle de chacun des membres de l'équipe de travail pour ensuite offrir une offre de service structurée et adéquate. Compte tenu du changement de pratique que cette organisation de service impose, un réajustement et une adaptation des méthodes de travail sont incontournables (Hine et al., 2008).

Figure 5 : Étape de l'implantation du rôle de l'infirmière en santé mentale

Gestionnaire



Étapes	Descriptions
Analyse	<ul style="list-style-type: none"> • Analyser la situation • Proposer des modèles de collaboration selon les données probantes • Établir des liens avec les personnes impliquées
Équipe de Travail	<ul style="list-style-type: none"> • Équipe de travail qui verra à: <ul style="list-style-type: none"> ○ Identifier le but et les objectifs du projet ○ Élaborer des procédées de travail
Rencontre des GMF	<ul style="list-style-type: none"> • Présenter le projet et le rôle de l'infirmière en santé mentale, • Identifier le du but et les objectifs communs • Recueillir leurs besoins, leurs préoccupations et recommandations
Partenariat	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les ressources communautaires qui seront des partenaires de soins • Présenter le projet et son offre de services structurée • Identifier et décrire des méthodes de partenariat
Implantation	<ul style="list-style-type: none"> • Se connaître • Définir les rôles de chacun • Réajustement et adaptation des méthodes de travail

Les éléments facilitateurs et les obstacles rencontrés

Comme tout changement, certains éléments facilitateurs tout comme quelques obstacles furent de la partie. Pour les infirmières rencontrées, les éléments facilitateurs ont été 1) les balises ministérielles qui précisent l'importance d'améliorer l'accessibilité des services de santé mentale et le soutien aux MO (Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2005); et 2) la disponibilité d'infirmières ayant une vaste expérience et des connaissances fines quant aux TSM et leur traitement. En effet ces infirmières d'expérience, ont permis de rendre ce projet viable et assurer sa pérennité. Parmi, les

de la part des MO qui rejoignent notamment celles rapportées par des études Australiennes (Bambling et al., 2007; Buchan & Boldy, 2004). Il s'agit notamment : 1) une appréhension que les infirmières n'aient pas les compétences requises pour bien traiter la clientèle 2) un alourdissement de la tâche pour les MO car ils craignent des consultations supplémentaires 3) l'absence de réponses adéquates aux besoins de la clientèle 4) l'absence de disponibilité à rencontrer le psychiatre si nécessaire. Cette dernière fait référence entre autre au changement de culture que ce projet impose. En effet, les MO ayant l'habitude de référer

2^e ligne, ont dû changer leur façon de faire. Ce qui rejoint les constats de Chaney et al. (2011) et de Kirchner et al. (2010) qui relatent que le changement vers de nouvelles pratiques est complexe compte tenu de l'intégration de spécialistes, d'un changement organisationnel ainsi que d'un changement dans l'offre de services (Chaney et al., 2011; Kirchner et al., 2010). L'ensemble des résistances soulevées par les infirmières rencontrées

se sont estompées par la démonstration du professionnalisme et de l'expertise des infirmières en place. Les liens de confiance étant établis, ceux-ci ont facilité la démonstration des capacités et compétences des infirmières à traiter la clientèle dans le respect des champs de pratique de chacun.

Le rôle de l'infirmière et son mode de fonctionnement

Selon les infirmières rencontrées, le rôle principal de l'infirmière en santé mentale dans un GMF est d'évaluer l'état de santé mentale, d'orienter le client vers le service requis et d'assurer un suivi court terme. Mandat qui est d'ailleurs fortement recommandé par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (2008) auprès des équipes de santé mentale de première ligne (CLSC). Dans le cas exploré, le fait que l'infirmière assume ces fonctions dans le GMF, facilite le cheminement clinique des clients et leur évite des références vers d'autres services. Ce qui rejoint les constats de Barnett et al. (2009), qui relatent que l'évaluation de la condition mentale permet une orientation vers le service requis et évite par le fait même une sur-utilisation de services non essentiels tel que les urgences médicales et les services spécifiques de santé mentale 2^e ligne.

Les infirmières rencontrées ont décrit de façon plus spécifique leur mode de fonctionnement. Lorsqu'un MO voit un client souffrant de TSM et que celui-ci requiert un suivi ou un soutien plus régulier, alors il le réfère vers l'infirmière qui elle assurera l'évaluation et le suivi nécessaire. Pour certains MO, les références se font de façon plus systématique parce qu'ils se sentent inconfortables à traiter cette clientèle. Toujours selon ces infirmières et tel que relaté dans la littérature (Buchan & Boldy, 2004; Fleury et al., 2008), cet inconfort est induit par un manque de connaissances face aux TSM et à leurs

traitements. Afin de favoriser l'accessibilité à la clientèle du CSSS, le GMF a établi un mode de fonctionnement en collaboration avec les MO et les infirmières de santé mentale. Lorsque le client qui se rend au GMF nécessite une évaluation de sa condition mentale, le MO complète un formulaire qui fait état de l'évaluation médicale. Ce formulaire, co-construit par les MO et les infirmières, contient notamment : les raisons de la consultation dont le profil psychosocial et la problématique actuelle; les indices de dangerosité pour soi et pour autrui; les problèmes de dépendance; la médication en cours et antérieure; ses impressions cliniques et ses attentes. De plus, une section permet d'indiquer si un examen physique fut effectué au courant de l'année ce qui permet de dépister les problématiques de co-morbidités physiques. Ce formulaire est par la suite acheminé à l'infirmière en santé mentale du GMF qui à son tour évaluera le client avec sa collecte de donnée qui elle aussi a été co-construite avec les MO. La co-construction des outils de travail permet non seulement de cibler les éléments essentiels au document en développement, mais consolide la collaboration entre les acteurs impliqués, ce qui rejoint les stratégies soutenant le changement de Fuller et al. (2011a). La collecte de donnée utilisée par l'infirmière en santé mentale comprends : la situation actuelle; les traitements antérieurs; la médication actuelle; l'évaluation de l'indice de dangerosité; les suivis en cours; les problèmes de dépendance; et finalement les impressions cliniques et recommandations de l'infirmière. Cette collecte lui permet donc de faire une évaluation biopsychosociale auprès du client pour ensuite établir le plan d'action avec ce dernier. Sa collecte de données tout comme ses notes d'évolution, font parti du même dossier que le MO, ce qui permet à ce dernier de suivre l'évolution du client. Au besoin et selon l'évaluation et recommandations de l'infirmière, le client sera

revu par le MO afin de réajuster la médication et les traitements. Ce mode de fonctionnement permet de débiter le traitement au moment opportun et d'assurer l'assiduité au traitement (Pomerantz et al., 2008; Pomerantz et al., 2010).

En plus des évaluations, l'infirmières fait des suivis courts terme soit environ 3-4 rencontres par clients. Parmi ses tâches spécifiques, la psychoéducation est une tâche incontournable. Cet enseignement porte d'ailleurs sur le diagnostic, le traitement et la médication requise. Afin d'assurer une meilleure assiduité au traitement, elle apporte également du soutien dans l'acceptation et l'adaptation à la maladie. Elle le fait notamment en transmettant de l'enseignement sur des stratégies pour mieux composer avec la maladie. Au besoin, des références vers des ressources communautaires sont effectuées afin d'aider le client dans sa situation biopsychosociale. Les divers activités effectuées par ces infirmières, s'apparentent au rôle du gestionnaire de cas que Thielke et al. (2007) ont adapté au rôle spécifique de la santé mentale. De plus, ses multiples tâches rejoignent les tâches directes et indirectes citées dans le tableau 2 qui sont rapportées par divers études internationales (Barnett et al., 2009; Happell et al., 2012; Kudless & White, 2007; McCann & Clark, 2005; McCardle et al., 2007; McGuinness, 2003; Ryan et al., 2006a; White & Kudless, 2008). Outre les soins directs au client, une des tâches non négligeable consiste au transfert des connaissances auprès de ses collègues de la clinique (Felker et al., 2004; Funderburk et al., 2010; Tai-Seale et al., 2010). En effet, l'infirmière joue un rôle de *coaching* pour ses collègues quant aux TSM et traitements possibles. Par son expertise en santé mentale, elle aide ses collègues et autres professionnels du GMF à démystifier les TSM, les symptômes, et les comportements parfois perturbateurs des clients. Ce qui vient

optimiser leurs connaissances, leurs habiletés d'intervention et leur confort à traiter cette clientèle.

Le soutien clinique et administratif

Selon les infirmières rencontrées, afin d'implanter un tel projet, de soutenir le changement et d'assurer sa pérennité, un soutien personnel, clinique et administratif est essentiel (Auxier et al., 2011; Butler et al., 2011; Funakoshi et al., 2007; Kirchner et al., 2010). Le soutien des infirmières du CSSS rencontrées, s'actualise par leur implication dans divers réunions tenues au CSSS et au GMF. Permettre ces réunions optimisent la collaboration recherchée (Bramsfeld et al., 2012) . Tout d'abord, faisant partie intégrante de l'équipe de soins du GMF, les infirmières participent aux réunions réalisées par les membres du GMF, ce qui augmente le sentiment d'appartenance de ces infirmières à l'équipe interprofessionnelle. Faisant partie également de l'équipe de santé mentale de 1^{ère} ligne du CLSC et étant sous leur gouverne, un lien est maintenu par leur participation aux activités clinico-administratives. Ces réunions permettent un transfert d'informations administratives touchant le fonctionnement opérationnel de leur service, mais également des échanges sur les aspects cliniques qui soutiennent et optimisent la qualité des soins offerts. Une autre réunion implique les infirmières de santé mentale des GMF et la gestionnaire de la santé mentale de 1^{ère} ligne. Celle-ci vise plutôt l'harmonisation des pratiques en permettant les échanges de pratiques qui peuvent être distinctes parmi les GMF; et l'échange d'outils cliniques et administratifs permettant une meilleure offre de services pour les clients. Cette réunion permet également le partage de leurs expériences respectives, et de briser l'isolement qui peut être vécu compte tenu qu'elles sont seules de

leur spécialité dans les GMF. De plus, comme autre rencontre, elles assistent au comité d'orientation des clients de la santé mentale qui se tient de façon hebdomadaire au CSSS. Ce comité est composé de la gestionnaire de la 1^{ère} ligne, celle de la 2^e ligne, l'infirmière de liaison, l'infirmière de l'urgence et les trois infirmières qui sont intégrées dans les GMF. Cette réunion permet de discuter des situations complexes et d'officialiser les orientations des clients vers le bon niveau de service et le bon intervenant. À cette rencontre se joint deux fois par mois le psychiatre répondant. Lors de ces rencontres, les infirmières discutent des situations complexes afin de clarifier le diagnostic et le traitement possible. Ces informations sont par la suite rapportées dans leurs notes d'évolution et au MO afin de réajuster les traitements du client en question.

Les impacts de cette organisation de soins

Selon les infirmières rencontrées, les impacts de cette prestation de service ont été très favorables pour l'établissement de liens avec les partenaires de la communauté et pour l'accessibilité aux services. La mesure des résultats suite à l'implantation du projet leur a permis de constater qu'ils ont contribué à améliorer l'accessibilité, à désengorger le service des urgences du CSSS et à maintenir la clientèle dans la communauté. Leurs statistiques démontrent une augmentation notable de la clientèle desservie. Chaque infirmière voit 200 clients par année, ce qui fait un total de 600 clients/an vu dans les GMF. Ceci s'ajoute aux clients vu par l'équipe de santé mentale de 1^{ère} ligne du CSSS. Tout comme l'étude de Felker et al. (2004), ils constatent une diminution des références vers les services spécifiques de santé mentale de 1^{er} et de 2^e ligne. En effet, leurs statistiques démontrent que

moins de 20% de cette clientèle est transféré aux services spécifiques de santé mentale en CSSS (1^{ère} et 2^e ligne). De façon sommaire, les infirmières voient environ 50 clients par mois et de ceux-là 5 sont référés vers les services spécifiques de santé mentale 1^{ère} ligne (CLCS) et 3 sont référés en santé mentale 2^e ligne. Ils réussissent donc à maintenir le client dans la communauté et à soutenir les MO dans leur pratique (Felker et al., 2004; Harkness & Bower, 2009; Pomerantz et al., 2008; Pomerantz et al., 2010). Ceci s'explique notamment par le fait que les MO travaillent étroitement avec une infirmière et qu'ils ne ressentent plus autant le besoin de consulter le psychiatre ou de référer les clients vers les services spécifiques de la santé mentale du CLSC ou du CSSS (Heideman et al., 2007). Les infirmières rencontrées, affirment que le fait de voir le client là où il se présente maximise son assiduité au traitement. Selon ces dernières, si un client est référé vers un autre service et qu'il se retrouve sur une liste d'attente, non seulement il y a risque d'abandon du traitement de la part du client, mais aussi un risque de détérioration. De plus, il est plus facile pour cette clientèle de voir un médecin dans un GMF que d'aller vers les services de santé mentale qui sont plus stigmatisants. L'intégration d'une infirmière dans les services de santé primaires tel que les GMF: améliore l'accès aux services, optimise les résultats favorables chez le client, augmente la satisfaction de tout les acteurs impliqués et diminue le stigma (Doey et al., 2008; Heideman et al., 2007; Hine et al., 2008; Lester, 2005; Westheimer et al., 2008).

En somme, les étapes de réalisation du projet tel qu'effectué par ce CSSS rejoignent sensiblement celles de Walker and Collins (2009) et celles de Fuller et al. (2011a). En effet

les gestionnaires ont : 1) assuré un soutien administratif local et organisationnel 2) effectué une analyse des besoins auprès des intervenants du GMF (MO et gestionnaires) 3) élaboré le mode de collaboration et méthodes de travail conjointement avec les MO 4) établi avec les intervenants du GMF (MO et gestionnaires) des buts et objectifs communs 5) réévalué la situation par des mesures de résultats réguliers 6) réajusté leur offre de service et méthodes de travail selon les difficultés rencontrées et besoins exprimés 7) assuré le soutien clinique et administratif des divers acteurs impliqués. L'ensemble des étapes de réalisation du projet effectué par ce CSSS, rejoignent également l'ensemble des axes du modèle du CCM de Wagner (1998) (Tableau 1). Le soutien clinique et administratif rejoignent l'axe du « Système de santé-organisation des soins » tandis que l'organisation des soins structurés et la définition des rôles rejoignent l'axe de l' « Organisation d'offre de services structurés ». Pour ce qui est de l'établissement des liens opérationnels avec les partenaires de la communauté il rejoignent plutôt l'axe « Communauté-Ressources et politiques ». Finalement, le partage du même dossier clinique tend vers l'axe du « Système d'information clinique ».

Au-delà du prix décerné par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (2010), ils ont reçu des témoignages favorables autant de la clientèle que des équipes médicales qui se disent satisfaits de cette pratique. Afin d'évaluer la satisfaction des MO, la gestionnaire rencontrée a procédé à un sondage auprès des MO (taux de participation de 45%). Ces MO se sont dits satisfaits des services rendus par les infirmières, de leurs connaissances cliniques et de leurs connaissances du réseau de la santé. Ces

résultats rejoignent ceux de Funderburk et al. (2010), qui a évalué la perception des clients et des intervenants face à l'intégration d'un ISM dans les services de santé primaire. Cette étude rapporte une satisfaction accrue face à ce nouveau rôle, un meilleur accès aux services et une meilleure communication entre les divers intervenants impliqués.

Maintenant que les données recensées furent validé avec une expérience tacite, la prochaine section présentera le rôle de l'ISMC en GMF tout en tenant compte de la recension des écrits, du cadre législatif qui encadre la pratique et du cadre de référence du CCM de Wagner (1998).

*Proposition d'un modèle de prestation de soins par une infirmière en santé mentale dans
un GMF*

Après avoir parcouru la littérature et avoir validé ces données avec des expériences tacites auprès d'un CSSS de Montréal, une adaptation du rôle de l'ISMC intégré dans une GMF sera présenté. Pour y arriver nous nous appuyerons sur la littérature recensée, le cadre de référence du CCM de Wagner (1998), les données recueillies auprès du CSSS rencontré, le cadre législatif et les recommandations émises quant au rôle de l'infirmière en santé mentale en 1^{ère} ligne par Laflamme (2010). Celle-ci décrit la contribution de l'infirmière en santé mentale de 1^{ère} ligne suite à un mandat octroyé par le MSSS qui désirait connaître le rôle de chacun des professionnels exerçant dans les équipes de santé mentale de 1^{ère} ligne. Selon Laflamme (2010), l'infirmière en santé mentale de 1^{ère} ligne a une possibilité de rôles assez vaste qui lui permet de mettre en pratique ses connaissances et ses compétences. Elle peut exercer au guichet d'accès, qui se veut une porte d'entrée pour les partenaires. Elle peut également exercer comme gestionnaire de cas, de liaison, consultante et professionnelle répondante pour son organisation et les partenaires de la communauté. Toujours selon Laflamme (2010), elle peut aussi contribuer au transfert des connaissances, auprès de ses pairs tout comme auprès de ses partenaires; elle contribue à la recherche clinique; et à l'évaluation de la qualité des soins et des services. Ces rôles rejoignent les divers constats relevés dans l'ensemble de la recension des écrits ainsi que ceux recueillis auprès du CSSS rencontré.

Le rôle de l'infirmière tel qu'encadré par le cadre législatif au Québec sera donc présenté et suivront ensuite : le mode de collaboration proposé; le rôle de l'infirmière en santé mentale intégrée dans un GMF; une proposition d'un modèle de prestation de soins basé sur le *Chronic Care Model* de Wagner et al. (1999); une recommandation de modèle

de soins pour soutenir la pratique infirmière; et les pré-requis pour l'intégration de l'infirmière en santé mentale dans une GMF.

Le rôle infirmier au Québec et son cadre législatif

Au Québec, depuis 2003, le rôle de l'infirmière s'est approfondi. La pratique infirmière est encadrée par la Loi 90 (Assemblée Nationale (Québec), 2002) qui vient modifier le code des professions et d'autres dispositions législatives auprès de onze professions dont celle des infirmières. La Loi 90 (Assemblée Nationale (Québec), 2002), fait suite à la révision des champs de pratique de chacune des professions pour établir des activités réservées en exclusivité ou partagées entre les professionnels (Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, 2003b). Comme changement, nous constatons, entre autre, une certaine souplesse dans la loi et une plus grande collaboration entre les diverses professions. Prenons par exemple les ordonnances collectives qui étaient auparavant limitées aux établissements de santé, elles peuvent être édictées aujourd'hui dans des milieux communautaires tel que les GMF et les cliniques médicales (Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, 2003b). En ce qui concerne la collaboration, le travail d'interdisciplinarité est plus présent dans les équipes de soins, ce qui est un élément essentiel afin de répondre aux divers besoins que présente le client et qui, de plus, vient pallier au manque de ressources telles que les infirmières (Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, 2003b).

Du côté des infirmières, on reconnaît davantage leur expertise et leur jugement clinique. La loi reconnaît le jugement clinique des infirmières notamment dans leur capacité d'évaluer la condition physique et mentale; et dans leurs compétences pour ajuster et administrer des traitements et médicaments. De plus, elles ont un plus grand rôle dans les

services de 1^{ère} ligne. En effet, et en lien avec le rôle à l'étude dans le cadre de ce travail, elles sont entre autre des partenaires de soins dans les GMF; elles ont une plus grande autonomie où elles peuvent initier une évaluation et amorcer un traitement selon une ordonnance collective; et il y a une implantation graduelle d'infirmières praticiennes dans divers milieux dont en 1^{ère} ligne (Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, 2003b). Au Québec, le champ de pratique des infirmières se définit comme suit :

« L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé, déterminer et assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement, prévenir la maladie ainsi que fournir les soins palliatifs. » (*Loi sur les infirmières et les infirmiers*, articles 36).

La Loi 90 prescrit 14 activités réservées aux infirmières, ayant comme formation initiale un baccalauréat ou un diplôme d'études collégiales. On y voit entre autre, l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique (Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, 2003b). Cette activité est névralgique dans le cadre du rôle à décrire dans ce travail dirigé. L'évaluation de la condition physique et mentale est l'assise de la discipline infirmière car elle permet de poser un jugement clinique en évaluant le client dans sa globalité : sa condition physique, sa condition mentale tout comme son environnement social et physique. Dans le cadre du rôle décrit dans ce travail dirigé, une telle évaluation est essentielle et nécessaire pour les principaux collaborateurs de l'infirmière, soit les MO. En effet, ces informations permettent aux MO de poser un diagnostic médical pour, par la suite assurer un meilleur traitement, une meilleure orientation et préciser le suivi (Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, 2003b, 2009).

En complémentarité à la Loi 90 (Assemblée Nationale (Québec), 2002) et visant plus spécifiquement le secteur de la santé et des relations humaines, la Loi 21 (Assemblée Nationale (Québec), 2009) modifie le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. Un ouvrage explicatif créé par un comité de rédaction sous la coordination de l'Office des Professions du Québec (2012), présente l'ensemble des champs de pratique et des activités réservées et en partage. Cette loi précise la contribution des professionnels dans le domaine de la santé mentale (psychologue, travailleur social, thérapeutes conjugal et familial, conseiller d'orientation, psychoéducateur, ergothérapeute, infirmière, médecin, orthophoniste et audiologiste). De plus, elle fait valoir l'importance de la collaboration interprofessionnelle pour le partage des avis cliniques, des activités, du traitement et du suivi nécessaire au client. Quoiqu'il y ait des activités réservées à des professions cibles, l'ensemble des professions doivent procéder à des activités de détection, de dépistage, d'appréciation et de contribution qui permettront de guider le professionnel dédié dans son évaluation et proposition de traitement (Office des Professions du Québec, 2012). Toujours selon ces auteurs, même si les professionnels, outre les médecins, ne sont pas habilités à poser un diagnostic médical, ils ont les connaissances permettant de constater des anomalies et de référer le client vers le bon professionnel de la santé. Une des activités communes et partagées par tous les professionnels des relations humaines consiste à prodiguer l'information, voir à la promotion et prévention du suicide, des accidents et des problèmes sociaux (Office des Professions du Québec, 2012).

En ce qui concerne les infirmières, la Loi 21 (Assemblée Nationale (Québec), 2009) ajoute 3 autres activités réservées en plus de baliser l'accès au permis de psychothérapeute suite à une formation complémentaire approuvée par l'ordre des psychologues du Québec. Comme activité réservée supplémentaire, il y a notamment l'évaluation des troubles de santé mentale (TSM). Cette activité partagée avec le psychologue et le conseiller en orientation, nécessite également un complément de formation de son ordre. Pour les infirmières, une formation de 2^e cycle menant au titre d'infirmière clinicienne spécialisée en santé mentale et psychiatrie (ICS-SM/PSY) est réglementée par l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (2012). L'évaluation des troubles mentaux étant considérée comme une activité à préjudice grave, pouvant entraîner des impacts défavorables chez le client dont la perte de droits et la stigmatisation, il importe que l'évaluation soit bien réglementée (Office des Professions du Québec, 2012). Cette nouvelle activité permettra un partenariat plus étroit avec les MO qui, à partir de l'évaluation de l'ICS-SM/PSY, pourra discuter du diagnostic et du traitement nécessaire sans nécessairement faire des références vers les services spécifiques de santé mentale; et elle pourra aussi assurer un suivi de première ligne et éviter les rechutes (Office des Professions du Québec, 2012). Outre l'évaluation des TSM, de par ses connaissances approfondies dans le domaine de la santé physique et mentale, l'ICS-SM/PSY procède à une évaluation holistique ce qui permet une meilleure détection des problèmes de santé physique et de santé mentale pour ensuite instaurer des suivis appropriés (Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, 2012).

Mode de collaboration proposé

Idéalement le mode de collaboration des soins intégrés serait le plus judicieux pour les clients. Il s'agit d'un modèle où l'ISMC se préoccupe à la fois des maladies physiques et mentales des personnes qui consultent. D'abord parce que le client est traité pour l'ensemble de ses besoins et ce autant au niveau physique que de la santé mentale (Butler et al., 2011; Heideman et al., 2007; Horvitz-Lennon et al., 2006; Snyder et al., 2008; Walker & Collins, 2009). Une étude Canadienne (Zeiss & Karlin, 2008), présente d'ailleurs le portrait de la clientèle de santé mentale se présentant aux services de soins primaires tel que les centres de soins communautaires. Il s'agit essentiellement d'une clientèle plus âgée ayant entre autres des problèmes concomitants d'ordre physiques et préférant se rendre aux services primaires que dans les services spécifiques de santé mentale pour des raisons de proximité des lieux, de connaissance des services et d'absence de stigma. Allant dans les services de proximité, cette clientèle aurait réponse à leurs besoins sans avoir l'obligation de recourir à de multiples intervenants, ce qui engendrerait moins de coûts pour l'ensemble de l'organisation des soins (Heideman et al., 2007). Ce mode de collaboration requiert de la part de l'infirmière qu'elle possède les connaissances et compétences dans les deux sphères que sont les soins physiques et les soins de santé mentale. De par sa formation globale, soit bio-psycho-sociale, elle est l'intervenante de choix pour effectuer une évaluation holistique et référer vers le bon niveau de service et vers le bon intervenant. Bien évidemment un suivi court terme peut également être assuré par celle-ci si le cas le requiert. Le lien de confiance étant établi, il serait plus facile pour le client de poursuivre son traitement avec cette même personne. L'assiduité aux traitements proposés par l'équipe traitante (MO et

infirmière) est par le fait même rehaussé. Ce qui rejoint les propos de Adam, Tilley, and Pollock (2003b) qui stipulent que le lien établi avec les infirmières est important afin de pouvoir aspirer à un rétablissement favorable et à une meilleure implication dans les auto-soins.

Par contre cette avenue est difficilement réalisable compte tenu de la formation initiale des infirmières, au niveau collégial et universitaire, qui offre peu d'heures de stage consacrée à la santé mentale en comparaison des heures de stage sur la santé physique (Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, 2009). Toujours selon les mêmes auteurs, il y aurait également une inégalité dans le nombre d'heures de formation entre les établissements scolaires. Par conséquent, il est difficile de demander aux infirmières des CSSS et des GMF d'offrir des soins physiques et de santé mentale parce que leurs connaissances et leurs expériences en santé mentale sont minimales. Il faudrait, pour actualiser un modèle de soins intégrés former l'ensemble des infirmières pratiquant actuellement dans les GMF, pour évaluer et traiter les clients souffrant de TSM. Les coûts de tels changements sont trop importants compte tenu des restrictions budgétaires dans l'ensemble du système de santé Québécois.

Compte tenu de ces constats, il serait préférable à court terme d'instaurer le modèle du *Collaborative Care* qui répondrait aux besoins des clients et aux réalités organisationnelles. Les coûts d'un tel projet sont moindres et exige principalement une planification et un soutien de la part des gestionnaires (Auxier et al., 2011; Butler et al., 2011; Fuller et al., 2011a; Kathol et al., 2010; Kirchner et al., 2010). La gestionnaire de cas, qui serait une infirmière, procéderait à l'évaluation des besoins bio-psycho-sociaux du

client pour ensuite référer le client vers le bon service et le bon intervenant et au besoin elle assurerait un suivi de court terme. Elle resterait la personne ressource tant pour le client que pour l'ensemble des services et intervenants impliqués dans la situation. Elle assurerait donc la mise en place de tout les éléments nécessaires pour répondre aux besoins des clients (Chaney et al., 2011; McEvoy & Barnes, 2007; Nutting et al., 2008; Rapp & Goscha, 2004; Sanchez et al., 2010; Thielke et al., 2007). La prochaine section présentera le rôle plus détaillé qu'aurait cette infirmière qui doit être conforme avec le cadre législatif et les normes professionnels établis par l'OIIQ.

Rôle de l'infirmière en santé mentale intégrée dans un GMF

Le rôle que l'ISMC intégrée dans la GMF aura à assumer, devra être conforme au cadre législatif qui régit la profession infirmière. Parmi les activités réservées, il y en a quatre qui mèneront les ISMC à porter un jugement clinique et de poser des interventions de soins. L'ISMC dans le cadre de ce travail dirigé sera appelé à exercer activement ces activités : 1) évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique; 2) Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnances 3) exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier (PTI); et 4) effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes (Leprohon, 2006; Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, 2003a, 2003b). Le PTI est non seulement un outil, mais également une norme professionnelle visant essentiellement la sécurité et la qualité des soins infirmiers (Leprohon, 2006). Son but consiste à consigner dans un document distinct les besoins prioritaires du client, les interventions associées et

d'en assurer le suivi en y apportant les modifications nécessaires (Leprohon, 2006). Dans le cadre du rôle de l'ISMC dans la GMF, il est d'autant plus important car il servira également d'outil de communication où le MO pourra constater les besoins du client ainsi que l'évolution de ceux-ci.

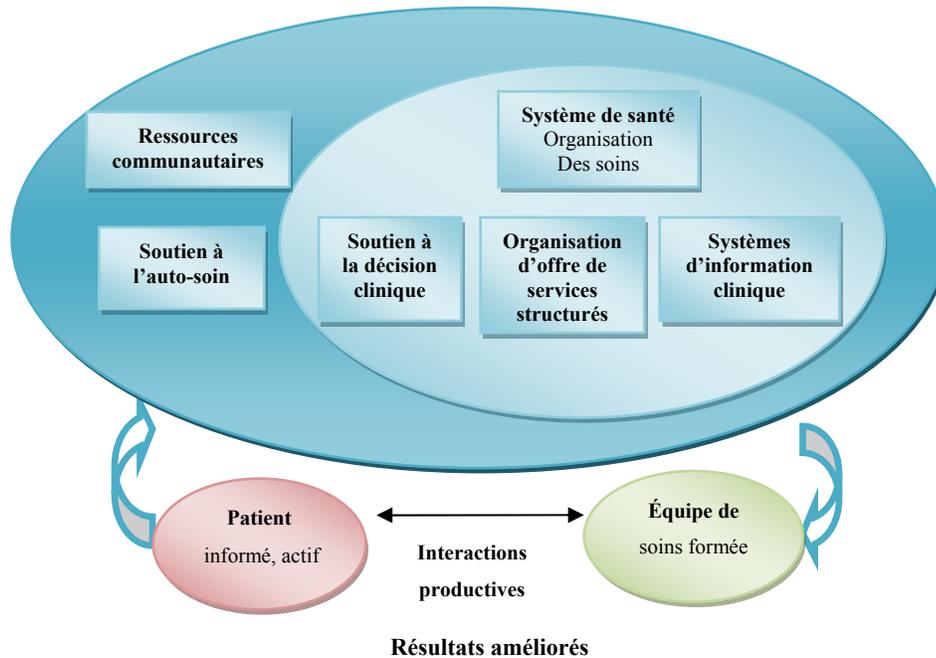
Quant à l'ICS-SM/PSY, en plus d'effectuer les activités citées ci-haut, elle aura la responsabilité d'évaluer les TSM et de communiquer son hypothèse clinique au médecin traitant afin qu'il appose le diagnostic et traitement requis. De plus, de par sa formation, elle détient une pratique avancée et les compétences associées tel que reconnu par Hamric, Spross, and Hanson (2009). Ces dernières sont la pratique clinique, le leadership, la consultation, l'expertise clinique, la collaboration interprofessionnelle et la recherche (Hamric et al., 2009). De par ses connaissances, elle agira à titre de personnes ressources pour ses collègues et partenaires de la communauté tel que les MO. Elle verra à implanter et diffuser les meilleures pratiques et mettra à profit son expertise clinique auprès de ses pairs et partenaires de soins. Pour obtenir ce titre, l'infirmière doit avoir la formation universitaire et expérience clinique qui sont clairement décrits dans le document de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (2012) qui régleme cette pratique. Afin de mieux encadrer la pratique de ce nouveau rôle, la prochaine section présentera un modèle de prestation de soins.

Modèle de prestation de soins basé sur le Chronic Care Model de Wagner et al. (1999)

Maintenant, suite à la recension des écrits et en tenant compte du cadre de référence du CCM de Wagner (1998), un modèle de prestation de service sera présenté (figure 5). Ce

modèle de prestation encadrera la pratique de l'infirmière intégré dans le GMF et rejoint le mode de collaboration du *Collaborative Care*. Le modèle du CCM de Wagner (1998) rejoint les prémisses de l'approche populationnelle qui vise entre autre le partenariat avec les partenaires de la communauté, une structure d'offre de services bien établie favorisant l'accessibilité pour la clientèle, et la participation active des clients dans leurs auto-soins (Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2005). Cette gestion des auto-soins, se fait notamment par la présence de personnel bien informé qui soutien le client dans son autonomie et apprentissages (Wagner et al., 1999). Le CMM de Wagner (1998), soutient l'implantation d'offre de services structurés et l'élaboration de méthodes de travail dans le respect des six axes du cadre. Le tableau 3 présente d'ailleurs les 6 axes accompagnés d'actes concrets applicables au rôle de l'ISMC dans un GMF. Quant au Modèle du CCM adapté pour l'intégration d'une ISMC dans un GMF (figure 5), il se distingue du modèle originale de Wagner (1998) par la présence de flèches arrondies entre la composante organisationnelle et la composante représentant les intervenants et les clients. Ces flèches, représentent la circularité et la réciprocité des relations entre la sphère organisationnelle et la sphère incluant les intervenants et les clients. Il en va de même pour la relation spécifique entre l'infirmière et le client qui elle est représenté par des flèches bidirectionnelles. Dans ces relations, il y a influence mutuelle dans l'expérience de l'autre et c'est à travers cette réciprocité qu'il y a apprentissage et pratique réflexive (Duhamel, 2007).

Figure 6 : Modèle du CCM adapté pour l'intégration d'une ISMC dans une GMF



@ Martino et Larue, inspiré de Wagner (1998) et Duhamel (2007)

Tableau 3 : Les 6 axes adaptés au rôle de l'ISMC en GMF

Axes	Mesures à prendre
Système de santé – Organisation des soins	<ul style="list-style-type: none"> - Présence d'un leadership qui soutien l'offre de service et le changement. - Programme de soins clairement établi avec des buts et objectifs mesurables visant la sécurité et la qualité des services - Soutien administratif et clinique par la participation aux réunions clinico-administratives du GMF et de l'équipe de santé mentale de 1^{ère} ligne. - Ententes de collaboration avec les partenaires du CSSS et de la communauté pour la coordination des soins
Soutien à l'auto-soin	Gestionnaire de cas soutien les auto-soins par les tâches suivantes: <ul style="list-style-type: none"> - Enseignement sur la maladie, les traitements et médication;

	<ul style="list-style-type: none"> - Favorise l'assiduité au traitement pharmacologique et suivis biopsychosociaux; - Reconnaît les compétences du client et les valorise - Offrir des ressources communautaires pour le soutenir dans ses auto-soins
Soutien à la décision clinique	<ul style="list-style-type: none"> - Participation aux réunions clinico-administratives du GMF et de l'équipe de santé mentale de 1^{ère} ligne - Rencontre de discussion de cas (situations complexes) <p>Activités cliniques menant à porter un jugement clinique et de poser des interventions de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Évaluation de la condition de santé physique et mentale - Évaluation des troubles de santé mentale par l'ICS-SM/PSY - Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance - Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes - Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes - Baser ses interventions cliniques sur les données probantes - PTI-PII - Utilisation des guides de pratiques et protocoles de soins - Utilisation de mesures de résultats par l'ICS-SM/PSY - Utilisation de la démarche de soins Humaniste-<i>caring</i> de l'UdeM
Organisation d'offre de services structurés	<ul style="list-style-type: none"> - Introduire l'ISMC ou l'ICS-SM/PSY dans le GMF - Définition du rôle et responsabilité de l'ISMC ou de l'ICS-SM/PSY - Statuer le cheminement clinique du client - Baliser le fonctionnement et outils cliniques utilisés - Concevoir et implanter des programmes de psychoéducation selon les problématiques de la clientèle desservie et qui sont basées sur les données probantes - Référer vers les services requis (Organisation de soins et/ou ressources communautaires)
Système d'information clinique	<ul style="list-style-type: none"> - Partage du même dossier - Inscription des clients dans un logiciel commun - PTI, PSI, PII établi en collaboration interprofessionnelle - Rencontres de discussions de cas cliniques - Identification de groupes de clients nécessitant des

	thérapies de groupe sur un thème en particulier
Ressources communautaires	<ul style="list-style-type: none"> - Établir des liens de partenariat avec les ressources communautaires - Connaître leur offre de services et mécanismes de références - Faire connaître ces ressources aux clients et encourager leur participation aux activités offertes

@ Martino et Larue inspiré de Assemblée Nationale (Québec) (2002, 2009); Barr et al. (2003); *Improving Chronic Care* (2006); Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (2003a, 2003b, 2012); Wagner (1998).

Modèle de soins en soutien à la pratique de l'infirmière

Afin de soutenir le rôle de l'infirmière dans sa pratique, elle devra se baser sur une approche qui guidera ses interventions tout en respectant le cadre de référence du CCM de Wagner (1998). Comme présenté dans les sections précédentes, les ISMC ont de la difficulté à définir leur rôle et ça s'explique notamment par le manque de cadres théoriques (McCardle et al., 2007). Or, dans le cadre d'un rôle en expansion, il est important de pouvoir bien le définir afin d'en faciliter son développement et diffusion. Nous proposons que la pratique des infirmières en santé mentale dans le GMF s'appuie sur le modèle des soins infirmiers Humaniste-*caring*-UdeM de Girard and Cara (2012b). Il prône l'excellence des soins infirmiers par une approche empreinte d'humanisme-*caring*, par une pratique collaborative et se veut centrée sur la personne et son expérience de santé (Girard & Cara, 2012b). La « Personne » représente un individu, une famille, une communauté ou une population. L'ISMC dans le GMF, dans le cadre de ses fonctions, sera appelé à reconnaître l'expérience de santé du client afin de bien personnaliser le soin. L'ISMC, en reconnaissant

l'expérience, la signification et les compétences du client, accroît la participation à ses auto-soins tout comme l'assiduité au traitement proposé. Ce qui rejoint l'approche systémique décrite par Duhamel (2007) qui reconnaît l'unicité de la personne en considérant son environnement, son contexte, sa famille et ses proches. Le modèle du CCM de Wagner (1998) accorde une place importante au concept d'auto-soins.

La démarche de soins Humaniste-*caring* de Girard and Cara (2012a) s'appuie sur les concepts clés qui sont le *caring* et la compétence (Tableau 4). Le *caring* se traduit par des attitudes que Girard and Cara (2012b) énumèrent soit : la compassion, l'écoute, la compréhension, le soutien, la réciprocité, la collaboration, l'ouverture à l'apprentissage continu, la créativité et l'engagement. Le *caring* est d'autant plus important car c'est à travers celui-ci que l'ISMC créera un lien de confiance pour ensuite créer une alliance thérapeutique. Comme vu antérieurement, c'est à travers ce lien thérapeutique que l'infirmière prodigue les soins nécessaires, assure une assiduité optimale aux traitements de la part des clients et vise le rétablissement (Adam et al., 2003a; Gardner, 2010; McCann & Clark, 2003; Ryan et al., 2006a; Simpson, 2005; Spiers & Wood, 2010a; Wilson & Crowe, 2008). De plus, c'est ce lien que les clients retiennent davantage et ce au-delà des interventions réalisées par l'infirmière (Adam et al., 2003b; McCann & Clark, 2003). Pour ce qui est du concept de la Compétence, l'ISMC détient les connaissances et l'expertise spécifique en santé mentale pour traiter cette clientèle. Le tableau 2 présente d'ailleurs ses tâches directes et indirectes. Tandis que le tableau 3 présente les 6 axes du modèle du CCM de Wagner (1998) adaptés au rôle de l'ISMC en GMF accompagnées d'interventions et d'outils permettant d'avoir un jugement clinique.

En plus de ces deux concepts, les quatre concepts centraux qui font partie de la démarche de soins sont : la personne, l'environnement, la santé et le soin (Tableau 4). L'ISMC par l'intermédiaire de la démarche de soins pourra avec le client cerner les besoins prioritaires et planifier les soins nécessaires. Cette démarche de soins et les valeurs sous-jacentes du modèle des soins infirmiers Humaniste-*caring* de Girard and Cara (2012b) favorisent la participation active aux auto-soins, ce qui rejoint encore une fois l'axe du « Soutien aux auto-soins » du modèle du CCM de Wagner (1998). La démarche de soins, se caractérise par les étapes suivantes : comprendre l'expérience (collecte de données); approfondir et enrichir (analyse et interprétation); planifier (planification des soins); soigner (soins/interventions); et exercer une pratique réflexive (évaluation de la démarche). L'ISMC effectuera donc sa collecte de donnée avec le client et ses proches, pour ensuite voir le sens qu'il donne à son expérience de santé. À l'aide de cette collecte de donnée et du PTI, les besoins prioritaires seront identifiés tout comme les interventions pouvant y remédier. L'ISMC, de par son rôle de gestionnaire de cas, verra à interpeller les intervenants requis dans la situation de santé et réfèrera le client vers les ressources communautaires pouvant l'aider. Quant à la pratique réflexive, elle se veut un acte d'introspection où on se laisse influencer par l'apprentissage réalisé dans le cadre de notre intervention et la relation avec le client. Cette introspection permet de moduler nos perceptions et interventions à long terme dans le but de s'actualiser dans la profession, mais également d'accroître la sécurité et qualité de nos interventions (Girard & Cara, 2012a).

Tableau 4 : Les concepts de la démarche de soins selon le Modèle de soins infirmiers Humaniste-*caring* de Girard and Cara (2012a).

	Concepts	Définition
Concepts clés	Caring	C'est un art et une science qui s'appuie sur des valeurs humanistes qui influencent nos attitudes lesquelles guident nos comportements et notre savoir-agir dans notre pratique professionnelle. Il origine d'un engagement conscient et consiste à développer des liens de réciprocité dans l'établissement d'une relation humaniste avec la personne afin de favoriser sa santé.
	Compétence	Elle s'appuie sur la théorie, le corpus de connaissances de même que sur l'expérience personnelle et professionnelle visant à assurer la sécurité de la Personne et la qualité des soins. Elle intègre un ensemble de compétences lesquelles s'appuient sur des savoirs (savoirs, savoirs faire, savoir être) ainsi que sur une pratique réflexive.
Concepts centraux	Personne	C'est un individu, une famille, une communauté ou une population. Elle possède un potentiel, un pouvoir d'agir et elle accorde une signification à ses expériences. Elle est en interrelation continue, réciproque et dynamique avec l'environnement. Elle est unique et comprend plusieurs dimensions interreliées et indissociables (biologique, psychologique, développemental, socioculturel et spirituel).
	Environnement	Tous les aspects qui entourent la Personne : matériel, social, culturel, spirituel, écologique et sociopolitique. Il existe un une interrelation continue, réciproque et dynamique entre la personne et l'environnement qui est déterminante pour sa santé.
	Santé	C'est l'optimisation continue du bien-être, du mieux-être et de l'harmonie de la Personne; ce, d'un point de vue dynamique et multidimensionnel (biophysique, psychologique, développemental, socioculturel, spirituel). La Personne a une perspective et une compréhension unique de l'expérience de santé/maladie qu'elle vit.
	Soin	Approche infirmière qui invite la personne à être partenaire en valorisant, intégrant et reconnaissant l'importance de la signification qu'elle donne à son expérience de santé/maladie ou de transition dans le choix des interventions. Il consiste à accompagner la Personne d'une façon humaine, relationnelle et transformatrice en misant sur son potentiel, en renforçant son pouvoir d'agir et en cocréant un environnement favorable à sa santé.

Les pré-requis pour l'intégration de l'infirmière en santé mentale dans un GMF

Dans le cadre de l'intégration d'un nouveau rôle et tel que présenté dans l'axe du « Système de santé-organisation des soins » (Tableau 3), la présence d'un soutien administratif est primordial afin d'engager et maintenir le changement de cette nouvelle offre de service (Auxier et al., 2011; Butler et al., 2011; Fuller et al., 2011a; Kathol et al., 2010; Kirchner et al., 2010). La participation active des divers acteurs impliqués tel que les gestionnaires, les ISMC, l'ICS-SM/PSY et les MO optimiseront la collaboration, l'engagement et l'imputabilité dans la réussite du projet. Après analyse des besoins, les objectifs visés et population à desservir, ensemble ils statueront le choix du mode de collaboration à développer. Une fois déterminé, il faut clairement définir les rôles et responsabilités de chacun tout comme le fonctionnement opérationnel. Les outils qui seront co-crés (collecte de données et fiches de références), clarifieront les attentes de chacun et permettront l'identification judicieuse des besoins prioritaires du client. L'ISMC et l'ICS-SM/PSY auront un rôle de gestionnaire de cas qui verront à : faire de l'enseignement sur la maladie et les traitements associés; responsabiliser le client quant à l'assiduité face aux traitements pharmacologiques et suivis psychosociaux; l'impliquer et le soutenir dans la prise de décision quant à ses soins; assurer un suivi thérapeutique selon des approches basées sur les meilleures pratiques; faciliter les consultations avec des intervenants spécifiques si nécessaire; et le référer vers l'intervenant et services spécifiques de santé mentale ou des ressources communautaires pouvant l'aider à répondre à ses besoins (Thielke et al., 2007). En lien avec ce dernier point, le partenariat avec les diverses ressources de la communauté et services du CSSS se fera tout d'abord en leur présentant

l'offre de service du GMF et le rôle de l'ISMC et de l'ICS-SM/PSY pour qu'à leur tour ils puissent bien informer leur clients. Il faut également prendre connaissance de l'offre de services de ces partenaires et leurs mécanismes de référence afin que l'ISMC ou l'ICS-SM/PSY puisse elles aussi bien informer leur clientèle et bien les référer. Une bonne connaissance de l'éventail de services et de leur mode de fonctionnement favorise un cheminement clinique fluide chez le client. Ce qui rejoint l'axe « Communauté-Ressources et politiques » (Tableau 3) qui préconise l'établissement de liens de collaboration avec les ressources communautaires.

Maintenant, dans l'optique de favoriser la communication entre les membres de l'équipe dédiée, des systèmes de communications doivent être clairement établis. Entre autre par l'établissement de rencontres clinico-administratives où des informations pertinentes quant au fonctionnement sont discutées. Il y a aussi les rencontres permettant la discussion de cas cliniques, où l'apport de chacun vient apporter des soins interdisciplinaires et du soutien professionnel entre les membres de l'équipe soignante. Quant aux outils cliniques utilisés par l'ISMC et l'ICS-SM/PSY tel que le PTI et le PII, ils faciliteront la diffusion des informations ainsi que la planification des soins. Ces outils assureront aussi une bonne transition vers le service suivant si tel est le cas. Quant au partage du même dossier clinique, il permettra aux divers intervenants impliqués auprès du client, de suivre l'évolution clinique du client et de poursuivre les objectifs de soins communs établis avec ce dernier.

Donc à l'aide du cadre de référence du CCM (Wagner et al., 1999) et de ces 6 axes ainsi que du cadre théorique humaniste-*caring* (Girard & Cara, 2012a, 2012b), l'ISMC peut actualiser son rôle en partenariat avec les MO et le client. Compte tenu que c'est un rôle innovateur et en expansion, des réajustements seront nécessaires afin de raffiner son opérationnalisation et assurer sa pérennité. De là l'importance d'établir de bonnes méthodes de communication, de bons liens de partenariat avec les acteurs clés et avoir une organisation qui soutient et promeut l'innovation.

Conclusion

Ce projet vise des retombées favorables pour les sciences infirmières et pour la clientèle. Tout d'abord, ce projet aspire à un rehaussement du rôle infirmier dans l'évaluation de la condition de santé mentale ainsi qu'une meilleure coordination des soins interdisciplinaires. Pour les futures ICS-SM/PSY, ce projet permet l'actualisation de l'évaluation des troubles de santé mentale tout comme l'actualisation de ses compétences de pratique avancée : pratique clinique, le leadership, la consultation, l'expertise clinique, la collaboration interprofessionnelle et la recherche (Hamric et al., 2009). En ce qui concerne les retombées pour la clientèle ayant des problèmes de santé mentale, ce projet vise une meilleure accessibilité aux services de santé et des soins et des services adaptés aux besoins présents.

En se basant sur la loi des infirmières et infirmiers de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (2003a, 2003b), un lien direct se fait avec le but final du projet. Soit un meilleur encadrement de la pratique de l'infirmière en première ligne et voir à promouvoir son rôle tout comme de lui redonner la place qui lui revient. Parallèlement, il y a les balises ministérielles découlant du Plan d'action en santé mentale (Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2005) qui promeut les soins de première ligne, la responsabilité populationnelle, tout comme une amélioration de l'accessibilité. En ce sens, l'infirmière dans les GMF répondra à ces mandats.

Le cadre proposé quant à lui, permet l'encadrement de la pratique et l'évaluation du fonctionnement. Une personnalisation des méthodes de travail est essentielle selon la réalité de chacun des territoires, de la structure organisationnelle et de la clientèle desservie. Un

soutien administratif et des rencontres autant administratives que cliniques soutiennent les membres impliqués et permettent une qualité optimale de l'offre de services.

Afin d'humaniser les soins auprès de cette clientèle et de soutenir la pratique des ISMC et des ICS-SM/PSY, le modèle de soins Humaniste-*caring* de l'UdeM (Girard & Cara, 2012b) permet de guider les interventions des infirmières, et au client de se sentir considéré dans sa globalité. Sans oublier le partenariat établi avec la famille et les proches qui sont des alliés de soins hors pairs.

Il serait intéressant de mettre en application cette structure de service avec le cadre proposé pour ensuite mesurer les résultats de santé, mais également la satisfaction des membres impliqués. Comme le relate la littérature recensée, l'intégration de tels rôles dans les services de santé primaires améliore l'accessibilité de la clientèle, mais également la satisfaction des divers acteurs soit les MO, les infirmières et les clients. Ce qui représente un gage de succès.

Références

- Adam, R., Tilley, S., & Pollock, L. (2003a). Person first: what people with enduring mental disorders value about community psychiatric nurses and CPN services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(2), 203-212. doi: 10.1046/j.1365-2850.2003.00560.x
- Adam, R., Tilley, S., & Pollock, L. (2003b). Person first: what people with enduring mental disorders value about community psychiatric nurses and CPN services. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 10(2), 203-212.
- Assemblée Nationale (Québec). (2002). *Projet de loi no. 90. Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. Récupéré de <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-90-36-2.html> (Éditeur officiel du Québec^e éd.). Québec: Gouvernement du Québec du Québec.
- Assemblée Nationale (Québec). (2009). *Projet de loi no. 21. Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*. Récupéré de http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/14_%20loi%2021.pdf.
- Auxier, A., Farley, T., & Seifert, K. (2011). Establishing an integrated care practice in a community health center. *Professional Psychology: Research & Practice*, 42(5), 391-397. doi: 10.1037/a0024982
- Baldwin, L. (2002). The nursing role in out-patient child and adolescent mental health services. *Journal of Clinical Nursing*, 11(4), 520-525. doi: 10.1046/j.1365-2702.2002.00600.x
- Bambling, M., Kavanagh, D., Lewis, G., King, R., King, D., Sturk, H., . . . Bartlett, H. (2007). Challenges faced by general practitioners and allied mental health services in providing mental health services in rural Queensland. *Australian Journal of Rural Health*, 15(2), 126-130.
- Barnett, T., Henderson, S., Henry, D., Gumpold, A., Foote, P., & Gallop, S. (2009). Nurse-led telephone triage in an Australian rural mental health service. *International Journal of Nursing Practice*, 15(5), 389-393.
- Barr, V. J., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D., & Salivaras, S. (2003). The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hosp Q*, 7(1), 73-82.

- Bramesfeld, A., Ungewitter, C., Bottger, D., El, J. J., Losert, C., & Kilian, R. (2012). What promotes and inhibits cooperation in mental health care across disciplines, services and service sectors? A qualitative study. *Epidemiology & Psychiatric Science, 21*(1), 63-72.
- Brawer, P. A., Martielli, R., Pye, P. L., Manwaring, J., & Tierney, A. (2010). St. Louis Initiative for Integrated Care Excellence (SLI(2)CE): integrated-collaborative care on a large scale model. *Families, Systems, & Health, 28*(2), 175-187.
- Buchan, T., & Boldy, D. P. (2004). Improving mental health services in a local area -- an exploratory study. *Australian Health Review, 28*(3), 292-300.
- Butler, M., Kane, R. L., McAlpine, D., Kathol, R., Fu, S. S., Hagedorn, H., & Wilt, T. (2011). Does integrated care improve treatment for depression? A systematic review. *Journal of Ambulatory Care Management, 34*(2), 113-125.
- Chaney, E. F., Rubenstein, L. V., Liu, C. F., Yano, E. M., Bolkan, C., Lee, M., . . . Uman, J. (2011). Implementing collaborative care for depression treatment in primary care: a cluster randomized evaluation of a quality improvement practice redesign. *Implement Sci, 6*, 121. doi: 10.1186/1748-5908-6-121
- Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux du Québec (2000). *Les solutions émergentes. Récupéré de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2000/00-109.pdf>*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Correll, J. A., Cantrell, P., & Dalton, W. T. (2011). Integration of behavioral health services in a primary care clinic serving rural Appalachia: reflections on a clinical experience. *Families, Systems, & Health, 29*(4), 291-302. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0026303>
- D'Amour, D., Goudreau, J., Hudon, E., Beaulieu, M. D., Lamothe, L., Jobin, G., & Gilbert, F. (2008). [Development of nursing practice in family medicine groups]. *Perspect Infirm, 5*(7), 4-11.
- Doey, T., Hines, P., Myslik, B., Leavey, J. E., & Seabrook, J. A. (2008). Creating primary care access for mental health care clients in a community mental health setting. *Canadian Journal of Community Mental Health, 27*(2), 129-138.
- Duhamel, F. (Dir.). (2007). *La santé et la famille : Une approche systémique en soins infirmiers.*(2ième ed.). Montréal : Gaëtan Morin.
- Elsom, S., Happell, B., & Manias, E. (2007). Exploring the expanded practice roles of community mental health nurses. *Issues in Mental Health Nursing, 28*(4), 413-429. doi: 10.1080/01612840600943739

- Elsom, S., Happell, B., & Manias, E. (2008). Expanded practice roles for community mental health nurses in Australia: confidence, critical factors for preparedness, and perceived barriers. *Issues in Mental Health Nursing, 29*(7), 767-780.
- Elsom, S., Happell, B., & Manias, E. (2009). Informal role expansion in Australian mental health nursing. *Perspect Psychiatr Care, 45*(1), 45-53. doi: 10.1111/j.1744-6163.2009.00199.x
- Elsom, S., Happell, B., Manias, E., & Lambert, T. (2007). Expanded practice roles for community mental health nurses: A qualitative exploration of psychiatrists' views. *Australasian Psychiatry, 15*(4), 324-328. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10398560701344808>
- Felker, B. L., Barnes, R. F., Greenberg, D. M., Chancy, E. F., Shores, M. M., Gillespie-Gateley, I., . . . Morton, C. E. (2004). Preliminary Outcomes From an Integrated Mental Health Primary Care Team. *Psychiatric Services, 55*(4), 442-444. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.55.4.442>
- Fickel, J. J., Parker, L. E., Yano, E. M., & Kirchner, J. E. (2007). Primary care - mental health collaboration: an example of assessing usual practice and potential barriers. *J Interprof Care, 21*(2), 207-216.
- Fleury, M. J., Bamvita, J. M., Tremblay, J., Lesage, A., Farand, L., & Aubé, D. e. a. (2008). *Rôle des médecins omnipraticiens en santé mentale au Québec. Rapport de recherche* Montréal: Douglas, Institut Universitaire en santé mentale.
- Fuller, J. D., Perkins, D., Parker, S., Holdsworth, L., Kelly, B., Roberts, R., . . . Fragar, L. (2011a). Building effective service linkages in primary mental health care: a narrative review part 2. *BMC Health Serv Res, 11*, 66. doi: 10.1186/1472-6963-11-66
- Fuller, J. D., Perkins, D., Parker, S., Holdsworth, L., Kelly, B., Roberts, R., . . . Fragar, L. (2011b). Effectiveness of service linkages in primary mental health care: a narrative review part 1. *BMC Health Serv Res, 11*, 72. doi: 10.1186/1472-6963-11-72
- Funakoshi, A., Miyamoto, Y., & Kayama, M. (2007). Managerial support of community mental health nurses. *Journal of Advanced Nursing, 58*(3), 227-235. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04229.x
- Funderburk, J. S., Sugarman, D. E., Maisto, S. A., Ouimette, P., Schohn, M., Lantinga, L., . . . Strutynski, K. (2010). The description and evaluation of the implementation of an integrated healthcare model. *Families, Systems, & Health, 28*(2), 146-160.
- Gardner, A. (2010). Therapeutic friendliness and the development of therapeutic leverage by mental health nurses in community rehabilitation settings. *Contemporary*

- Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 34(2), 140-148. doi: 10.5172/conu.2010.34.2.140
- Gauthier, A., & Rhéault, S. (2008). La réorganisation de la première ligne au Québec : une nouvelle dynamique entre les médecins et le réseau public. Dossier bilan des réformes du système de santé. *Santé, Société et Solidarité*, 2, 97-103.
- Gibb, H. (2003). Rural community mental health nursing: a grounded theory account of sole practice. *Int J Ment Health Nurs*, 12(4), 243-250.
- Gilbody, S., Bower, P., Fletcher, J., Richards, D., & Sutton, A. J. (2006). Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch Intern Med*, 166(21), 2314-2321. doi: 10.1001/archinte.166.21.2314
- Girard, F., & Cara, C. (2012a). *La démarche des soins infirmiers Humaniste-caring, modèle Humaniste des soins infirmiers-UdeM*. Université de Montréal, Faculté des Sciences Infirmières.
- Girard, F., & Cara, C. (2012b). *Modèle Humaniste des soins infirmiers-UdeM*. Dans U. d. M. Faculté des sciences Infirmières (dir.). Montréal.
- Guevara, J. P., Greenbaum, P. E., Shera, D., Bauer, L., & Schwarz, D. F. (2009). Survey of mental health consultation and referral among primary care pediatricians. *Academic pediatrics*, 9(2), 123-127.
- Hamric, A. B., Spross, J. A., & Hanson, C. M. (2009). *Advanced Practice Nursing. An Integrative Approach. (4th ed.)*. Saint-Louis. Missouri : Elsevier Saunders
- Happell, B., Hoey, W., & Gaskin, C. J. (2012). Community mental health nurses, caseloads, and practices: a literature review. *Int J Ment Health Nurs*, 21(2), 131-137. doi: 10.1111/j.1447-0349.2011.00777.x
- Haque, M. S., Nolan, P., Dyke, R., & Khan, I. (2002). The work and values of mental health nurses observed. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(6), 673-680. doi: 10.1046/j.1365-2850.2002.00531.x
- Harkness, E. F., & Bower, P. J. (2009). On-site mental health workers delivering psychological therapy and psychosocial interventions to patients in primary care: Effects on the professional practice of primary care providers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1)(CD000532). doi: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000532.pub2>
- Heideman, J., Laurant, M., Verhaak, P., Wensing, M., & Grol, R. (2007). Effects of a nationwide programme: interventions to reduce perceived barriers to collaboration and to increase structural one-on-one contact. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13(6), 860-866.

- Henderson, J., Willis, E., Walter, B., & Toffoli, L. (2008). Community mental health nursing: keeping pace with care delivery? *Int J Ment Health Nurs*, 17(3), 162-170. doi: 10.1111/j.1447-0349.2008.00528.x
- Hine, C. E., Howell, H. B., & Yonkers, K. A. (2008). Integration of medical and psychological treatment within the primary health care setting. *Social Work in Health Care*, 47(2), 122-134. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/00981380801970244>
- Horvitz-Lennon, M., Kilbourne, A. M., & Pincus, H. A. (2006). From Silos To Bridges: Meeting The General Health Care Needs Of Adults With Severe Mental Illnesses. *Health Affairs*, 25(3), 659-669. doi: 10.1377/hlthaff.25.3.659
- Improving Chronic Care.* (2006). Repéré à http://www.improvingchroniccare.org/?p=The_Chronic_Care_Model&s=2
- Institut de recherche en santé du Canada. (2010). *L'accès et les temps d'attente en santé mentale des enfants et des adolescents : Document d'information*. Repéré à <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/43055.html#s1>
- Kathol, R. G., Butler, M., McAlpine, D. D., & Kane, R. L. (2010). Barriers to physical and mental condition integrated service delivery. *Psychosomatic Medicine*, 72(6), 511-518. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181e2c4a0
- Katon, W., Von Korff, M., Lin, E., Simon, G., Walker, E., Bush, T., & Ludman, E. (1997). Collaborative management to achieve depression treatment guidelines. *J Clin Psychiatry*, 58 Suppl 1, 20-23.
- Kirchner, J., Edlund, C. N., Henderson, K., Daily, L., Parker, L. E., & Fortney, J. C. (2010). Using a multi-level approach to implement a primary care mental health (PCMH) program. *Families, Systems, & Health*, 28(2), 161-174.
- Koekkoek, B., Van Meijel, B., Schene, A., & Hutschemaekers, G. (2009). Community psychiatric nursing in the Netherlands: a survey of a thriving but threatened profession. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(9), 822-828. doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01461.x
- Kolko, D. J., Campo, J. V., Kilbourne, A. M., & Kelleher, K. (2012). Doctor-office collaborative care for pediatric behavioral problems: a preliminary clinical trial. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 166(3), 224-231.
- Kudless, M. W., & White, J. H. (2007). Competencies and roles of community mental health nurses. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 45(5), 36-44.
- Kutcher, S., Davidson, S., & Manion, L. (2009). Child and youth mental health: Integrated health care using contemporary competency-based teams. *Paediatrics and Child Health*, 14(5), 315-318.

- Laflamme, F. (2010). [The contribution of nurses: roles of the nurse and nurse clinician specialized in mental health of a multidisciplinary primary care team]. *Perspect Infirm*, 7(3), 29-32.
- Leprohon, J. (2006). *Le plan thérapeutique infirmier : la trace des décisions cliniques de l'infirmière : application de la loi 90*. Récupéré de http://www.oiiq.org/sites/default/files/222_doc_0.pdf.
- Lester, H. (2005). Shared care for people with mental illness: a GP's perspective. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11(2), 133-139. doi: 10.1192/apt.11.2.133
- Lester, H., Glasby, J., & Tylee, A. (2004). Integrated primary mental health care: threat or opportunity in the new NHS? *Br J Gen Pract*, 54(501), 285-291.
- Macdonald, W., Bradley, S., Bower, P., Kramer, T., Sibbald, B., Garralda, E., & Harrington, R. (2004). Primary mental health workers in child and adolescent mental health services. *Journal of Advanced Nursing*, 46(1), 78-87. doi: 10.1111/j.1365-2648.2003.02967.x
- Magruder, K. M., & Yeager, D. E. (2007). Mental health problems in primary care: Progress in North America. *The European Journal of Psychiatry*, 21(1), 55-61. doi: <http://dx.doi.org/10.4321/S0213-61632007000100007>
- McCann, T. V., & Clark, E. (2003). A grounded theory study of the role that nurses play in increasing clients' willingness to access community mental health services. *Int J Ment Health Nurs*, 12(4), 279-287.
- McCann, T. V., & Clark, E. (2005). Adopting Care Provider-Facilitator Roles: Community Mental Health Nurses and Young Adults with an Early Episode of Schizophrenia. *Social Theory & Health*, 3(1), 39-60. doi: <http://dx.doi.org/10.1057/palgrave.sth.8700042>
- McCardle, J., Parahoo, K., & McKenna, H. (2007). A national survey of community psychiatric nurses and their client care activities in Ireland. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(2), 179-188. doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01061.x
- McElheran, W., Eaton, P., Ruppich, C., Basinger, M., & Johnston, D. (2004). Shared Mental Health Care: The Calgary Model. *Families, Systems, & Health*, 22(4), 424-438. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/1091-7527.22.4.424>
- McEvoy, P., & Barnes, P. (2007). Using the chronic care model to tackle depression among older adults who have long-term physical conditions. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 14(3), 233-238. doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01066.x
- McGuinness, M. (2003). Mix and match. *Nursing Management - UK*, 10(3), 25-30.

- Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (2005). *Plan d'action en santé mentale. La force des liens*. Québec: Gouvernement du Québec: MSSS. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-914-01.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (2008). *Guichet d'accès en santé mentale pour la clientèle adulte des CSSS la force des liens* (n° 9782550544142). Québec: Gouvernement du Québec: Santé et services sociaux Québec. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/1762497>
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (2010). *Les prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux édition 2009-2010*. Québec: Gouvernement du Québec. Repéré à http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/prix_excellence/index.php?annee=2009&id=48,363,0,0,1,0&id_prix=3
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (2011). *Orientations relative à l'organisation des soins et des services offerts en santé mentale de première ligne en CSSS*. Québec: Gouvernement du Québec: Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-914-01F.pdf>
- Mullen, A., Murray, L., & Happell, B. (2002). Multiple family group interventions in first episode psychosis: enhancing knowledge and understanding. *Int J Ment Health Nurs*, 11(4), 225-232.
- Nolan, P., Haque, M., Bourke, P., & Dyke, R. (2004). A comparison of the work and values of community mental health nurses in two mental health NHS Trusts. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(5), 525-533. doi: 10.1111/j.1365-2850.2004.00749.x
- Nutting, P. A., Gallagher, K., Riley, K., White, S., Dickinson, W. P., Korsen, N., & Dietrich, A. (2008). Care management for depression in primary care practice: findings from the RESPECT-Depression trial. *Annals of Family Medicine*, 6(1), 30-37.
- Office des Professions du Québec. (2012). *Des compétences professionnelles partagées en santé mentale et en relations humaines: la personne au premier plan. Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. Guide explicatif*. (Office des professions du Québec. Récupéré de http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Guide_explicatif_septembre_2012.pdf éd.). Québec.
- Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. (2003a). *Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et les infirmiers et de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

- Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. (2003b). *Notre profession prend une nouvelle dimension. Des pistes pour mieux comprendre la loi sur les infirmières et infirmiers et en tirer avantage dans notre pratique*. Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Récupéré de http://www.oiiq.org/sites/default/files/149_doc.pdf.
- Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. (2009). *La pratique infirmière en santé mentale une contribution essentielle à consolider : rapport du Comité d'experts sur la pratique infirmière en santé mentale et en soins psychiatriques*. Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Récupéré de http://www.oiiq.org/sites/default/files/251_rapport_octobre2009_vf.pdf.
- Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. (2012). *Mémoire en soutien à la création d'une classe de spécialité en santé mentale et psychiatrie incluant la formation relative à l'évaluation des troubles mentaux*. Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Récupéré de <http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/publications/memoires/argumentaire-specialite-sante-mentale-et-psychiatrie.pdf>.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2001). *Rapport sur la santé dans le monde, 2001- La santé mentale: Nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève.
- Oxman, T. E., Dietrich, A. J., & Schulberg, H. C. (2003). The Depression Care Manager and Mental Health Specialist as Collaborators Within Primary Care. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *11*(5), 507-516. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajgp.11.5.507>
- Pomerantz, A., Cole, B. H., Watts, B. V., & Weeks, W. B. (2008). Improving efficiency and access to mental health care: combining integrated care and advanced access. *General Hospital Psychiatry*, *30*(6), 546-551.
- Pomerantz, A. S., Shiner, B., Watts, B. V., Detzer, M. J., Kutter, C., Street, B., & Scott, D. (2010). The White River model of colocated collaborative care: A platform for mental and behavioral health care in the medical home. *Families, Systems, & Health*, *28*(2), 114-129.
- Rapp, C. A., & Goscha, R. J. (2004). The principles of effective case management of mental health services. *Psychiatric rehabilitation journal*, *27*(4), 319-333.
- Roberts, K. T., Robinson, K. M., Stewart, C., & Smith, F. (2009). An integrated mental health clinical rotation. *Journal of Nursing Education*, *48*(8), 454-459. doi: <http://dx.doi.org/10.3928/01484834-20090518-06>
- Robinson, P. J., & Strosahl, K. D. (2009). Behavioral health consultation and primary care: lessons learned. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *16*(1), 58-71.

- Robitaille, D., & Boudreault, D. (2009). Expérience d'une équipe de santé mentale de première ligne dans l'optimisation des soins. *Santé mentale au Québec*, 34(1), 207-219.
- Ryan, R., Garlick, R., & Happell, B. (2006a). Exploring the role of the mental health nurse in community mental health care for the aged. *Issues Ment Health Nurs*, 27(1), 91-105. doi: 10.1080/01612840500312902
- Ryan, R., Garlick, R., & Happell, B. (2006b). Exploring the role of the mental health nurse in community mental health care for the aged. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(1), 91-105. doi: 10.1080/01612840500312902
- Sanchez, K., Thompson, S., & Alexander, L. (2010). Current strategies and barriers in integrated health care: a survey of publicly funded providers in Texas. *General Hospital Psychiatry*, 32(1), 26-32.
- Simons, L., Lathlean, J., & Kendrick, T. (2006). Community mental health nurses' views of their role in the treatment of people with common mental disorders. *Primary Care Mental Health*, 4(2), 121-129.
- Simpson, A. (2005). Community psychiatric nurses and the care co-ordinator role: squeezed to provide 'limited nursing'. *Journal of Advanced Nursing*, 52(6), 689-699. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03636.x
- Snyder, K., Dobscha, S. K., Ganzini, L., Hoffman, W. F., & Delorit, M. A. (2008). Clinical outcomes of integrated psychiatric and general medical care. *Community Mental Health Journal*, 44(3), 147-154.
- Spiers, J. A., & Wood, A. (2010a). Building a therapeutic alliance in brief therapy: the experience of community mental health nurses. *Arch Psychiatr Nurs*, 24(6), 373-386. doi: 10.1016/j.apnu.2010.03.001
- Spiers, J. A., & Wood, A. (2010b). Building a therapeutic alliance in brief therapy: the experience of community mental health nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24(6), 373-386. doi: 10.1016/j.apnu.2010.03.001
- Swenson, J. R., Aubry, T., Gillis, K., MacPhee, C., Busing, N., Kates, N., . . . Runnels, V. (2008). Development and implementation of a collaborative mental health care program in a primary care setting: the Ottawa SHARE program. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 27(2), 75-91.
- Symonds, D., & Parker, R. (2007). The Top End Mental Health Services General Practice Clinic: an initiative for patients with serious mental illness. *Australasian Psychiatry*, 15(1), 58-61.
- Tai-Seale, M., Kunik, M. E., Shepherd, A., Kirchner, J., & Gottumukkala, A. (2010). A case study of early experience with implementation of collaborative care in the Veterans Health Administration. *Population Health Management*, 13(6), 331-337.

- Thielke, S., Vannoy, S., & Unutzer, J. (2007). Integrating mental health and primary care. *Primary Care; Clinics in Office Practice*, 34(3), 571-592, vii.
- Vallée, C., Poirier, L.-R., Aubé, D., Fournier, L., Caulet, M., Roberge, P., & Lessard, L. (2009). Plan d'action québécois en santé mentale : contextes de mise en œuvre et éléments d'impact sur l'organisation des services des services de première ligne et les modes de collaboration. *Santé mentale au Québec*, 34(1), 35-53. doi: 10.7202/029758ar
- van Orden, M., Hoffman, T., Haffmans, J., Spinhoven, P., & Hoencamp, E. (2009). Collaborative mental health care versus care as usual in a primary care setting: a randomized controlled trial. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 60(1), 74-79.
- Wagner, E. (1998). Chronic Disease Management: What will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*, 1(August/September), 2-4.
- Wagner, E. H., Davis, C., Schaefer, J., Von Korff, M., & Austin, B. (1999). A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? *Managed Care Quarterly*, 7(3), 56-66.
- Walker, B. B., & Collins, C. A. (2009). Developing an integrated primary care practice: strategies, techniques, and a case illustration. *Journal of Clinical Psychology*, 65(3), 268-280.
- Wallace, T., O'Connell, S., & Frisch, S. R. (2005). What do nurses do when they take to the streets? An analysis of psychiatric and mental health nursing interventions in the community. *Community Ment Health J*, 41(4), 481-496.
- Watts, B. V., Shiner, B., Pomerantz, A., Stender, P., & Weeks, W. B. (2007). Outcomes of a quality improvement project integrating mental health into primary care. *Quality & Safety in Health Care*, 16(5), 378-381.
- Westheimer, J. M., Steinley-Bumgarner, M., & Brownson, C. (2008). Primary care providers' perceptions of and experiences with an integrated healthcare model. *Journal of American College Health*, 57(1), 101-108.
- White, J. H., & Kudless, M. (2008). Valuing autonomy, struggling for an identity and a collective voice, and seeking role recognition: community mental health nurses' perceptions of their roles. *Issues Ment Health Nurs*, 29(10), 1066-1087. doi: 10.1080/01612840802319779
- Williams, J., Shore, S. E., & Foy, J. M. (2006). Co-location of mental health professionals in primary care settings: three North Carolina models. *Clinical Pediatrics*, 45(6), 537-543.
- Williams, J. W., Jr., & Manning, J. (2008). Collaborative mental health and primary care for bipolar disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 14(Suppl2), 55-64.

- Wilson, B., & Crowe, M. (2008). Maintaining equilibrium: A theory of job satisfaction for community mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(10), 816-822. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01319.x>
- Wright, L. M., & Bell, J. M. (2009). *Beliefs and illness: A Model for Healing*. Calgary: Fourth Floor Press, Inc.
- 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.
- Zivin, K., Pfeiffer, P. N., Szymanski, B. R., Valenstein, M., Post, E. P., Miller, E. M., & McCarthy, J. F. (2010). Initiation of Primary Care-Mental Health Integration programs in the VA health system: Associations with psychiatric diagnoses in primary care. *Medical Care*, 48(9), 843-851. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181e5792b>

Annexe A : Recension des écrits sur le rôle des infirmières communautaires

Auteurs/lieu de l'étude	But/objectifs	Méthodologie	Points importants	Résultats/ Conclusion	Limites
Adam et al. (2003a) Écosse	Présenter les résultats d'une recherche qualitative sur la perception des clients ayant des TSM concernant les services rendus par les ISMC	Étude qualitative N=13clients et N=18 ISMC entrevues semi-structurées	Les ISMC sont les 1ers contacts pour les clients et leur proche. On voit une relation personnalisée et centrée sur le client. Ce n'est pas les tâches réalisées qu'ils retiennent, mais plutôt la qualité de la relation, le soutien, l'écoute et l' <i>advocacy</i> .	Les clients apprécient la relation interpersonnelle avec l'infirmière qui forme la base du lien thérapeutique et des changements dans leur situation clinique. Ils apprécient la continuité et régularité des rencontres; le respect de leur personne (vision holistique et personnalisée). Les infirmières symbolisent la transition entre l'hôpital et la communauté et les aident à les maintenir dans la communauté (rétablissement- <i>empowerment</i>).	Les résultats sont contextualisés et basés sur un petit échantillon. Par contre, ils concordent avec les résultats de d'autres recherches ayant les mêmes buts. Le rôle des ISMC tel qu'il est décrit se veut plutôt un portrait des compétences et non une description exhaustive de ses performances, car c'est selon la perception de quelques personnes.
Baldwin (2002) Angleterre	Rapporter les perceptions des professionnels face au rôle de l'infirmière en santé mentale dans des équipes multidisciplinaires auprès des enfants et des adolescents	Étude qualitative N= 11 intervenants de différentes disciplines provenant de 6 services où il y avait la présence d'une infirmière	Rôle de l'infirmière n'est pas clair, ce qui les mène à se spécialiser dans des sphères qui elles peuvent chevaucher le champ de pratique d'une autre discipline. 6 thèmes menant à la définition du rôle infirmier: Composition de l'équipe et l'historique; Autonomie professionnelle; Rôles spécifiques des autres intervenants; Rôle de l'infirmière; Personnalité et formation professionnelle; Fonction générique et fonction commune.	Divers professionnels ont rapporté l'aspect unique du rôle de l'infirmière et de ce qu'elle apporte auprès de l'équipe : vision holistique, approche systémique, relation thérapeutique et <i>advocacy</i> . Les résultats ne démontrent pas de définition claire. Les infirmières doivent développer une définition claire et exposer ce qu'elles apportent aux clients et aux équipes interdisciplinaires, car elles risquent de perdre leur rôle et leur place dans ces équipes.	Petit échantillon qui ne permet pas de généraliser
Barnett et al. (2009)	Rapporter les changements dans les procédures de	Audit rétrospectif du fonctionnement	La désinstitutionnalisation a mené à créer de nouveaux services dont l'évaluation téléphonique.	Ils ont constaté une moyenne de 2771 références/an avec une augmentation d'utilisation de la par des MO et des	Étude très contextualisée ne permettant pas de

Auteurs/lieu de l'étude	But/objectifs	Méthodologie	Points importants	Résultats/ Conclusion	Limites
Australie	références dans un service de triage téléphonique de santé mentale dans un milieu rural.	d'un service d'évaluation (années 1999-2005).	Mandat : améliorer l'accès aux services de santé mentale, prioriser les cas, faire de la gestion de crise et limiter la mauvaise utilisation des services de santé mentale alors qu'il peut y avoir des alternatives; prodiguer des conseils et enseignement sur la maladie et sa gestion; elles sont des personnes ressources pour les partenaires des autres services.	services d'urgences des centres hospitaliers Les infirmières partagent des inquiétudes quant à l'isolement professionnel, le manque de formation, leur difficulté d'émettre des décisions compte tenu du peu d'information disponible par téléphone et de l'incompréhension du rôle des infirmières de la part des utilisateurs.	généraliser les résultats. De plus amples recherches seraient nécessaires afin d'évaluer l'impact de cette forme d'évaluation sur la pratique infirmière et sur les résultats cliniques.
Elsom, Happell, Manias, et al. (2007) Australie	Investiguer les perceptions et expériences des psychiatres concernant la pratique élargie des infirmières en santé mentale dans la communauté	Étude exploratoire qualitative Entrevues semi-structurées et focus groupes N= 13 psychiatres	Le rôle infirmier a changé vu le transfert dans la communauté. Elles ont plus d'autonomie et travaillent de façon plus indépendante en comparaison avec les infirmières œuvrant en centre hospitalier. Les balises claires d'autrefois sont aujourd'hui plus malléables et à la limite confuses. Elles font des activités auparavant réservées aux médecins (prescription non initiale de médicaments, admission et congé d'un centre hospitalier, référence vers des spécialistes et ordonnances de test diagnostiques)	Quatre thèmes : <u>Préparation des infirmières à assumer ces fonctions :</u> Une formation de 2 ^e cycle est recommandée pour cette pratique. <u>Pouvoir et autonomie des infirmières :</u> Les infirmières d'expérience ont l'autonomie et la latitude pour émettre des recommandations et influencer les médecins. <u>Responsabilité finale revient au psychiatre.</u> <u>Le future de la pratique élargie:</u> Certains s'opposent et d'autres disent qu'elle est une alternative à la pénurie de médecins.	Le rôle élargi est en développement. Les préoccupations et perceptions des psychiatres sont à considérer dans ce développement. De plus amples recherches sont suggérées pour mieux cerner les opinions des psychiatres.
Elsom, Happell, and Manias (2007) Australie	Explorer l'étendue de pratique actuelle des ISMC	Étude qualitative Focus groupe N=27 ISMC provenant de milieux ruraux et urbains	Des changements dans les services de santé mentale ont mené à ce rôle élargi. La pratique des soins infirmiers en santé communautaire implique un grand niveau d'autonomie. Elles sont appelées à prendre des décisions et amorcer les traitements selon des protocoles de soins. Cette autonomie s'actualise davantage dans les milieux ruraux où les médecins sont moins disponibles. On y voit surtout un pouvoir d'influence	Thèmes : <u>Pratique actuelle :</u> Elle va au-delà de ce qui est reconnu par leur champ de pratique. <u>Patients sont les bénéficiaires de cette pratique :</u> Évite une détérioration de l'état. D'autant plus que les infirmières connaissent le client et leurs besoins. <u>Risque judiciaires :</u> Craignent les risques de dommage pour les clients et d'erreurs pouvant entraîner des litiges et sanctions	Présence d'un petit échantillon et c'est une étude contextualisée en Australie. Il est donc difficile de généraliser les résultats au niveau international.

Auteurs/lieu de l'étude	But/objectifs	Méthodologie	Points importants	Résultats/ Conclusion	Limites
			pour arriver aux recommandations souhaitées. C'est le niveau de confiance entre l'infirmière et le md qui explique entre autre l'étendue de la pratique élargie.	légales <u>Barrières de la pratique étendue :</u> Outrepasse le champ de pratique tel que reconnu par leur code des professions. Des changements législatifs sont à prévoir pour autoriser cette pratique.	
Elsom, Happell, and Manias (2008) Australie	Présenter les perceptions des ISMC concernant leur niveau de confiance face au rôle élargie, la formation nécessaire pour l'accomplir et les barrières à l'élargissement de ce rôle.	Étude transversale N= 154 ISMC	Le rôle élargie fait référence à des activités habituellement fait par des médecins tel que : prescription non initiale de médicaments, admission et congé d'un centre hospitalier, références vers des spécialistes et ordonnances de test diagnostiques. Une des principales barrières : médecins disent être les seuls à avoir les connaissances pour faire ces actes.	<u>Niveau de confiance :</u> 54% pour prescrire 90% pour émettre des recommandations aux médecins 84% pour ordonner des tests diagnostiques 79% pour référer des clients vers des spécialistes <u>Préparation et Formation :</u> 95% croient qu'une formation supplémentaire est nécessaire, dont 27% croient qu'une maîtrise serait nécessaire. 83% croient qu'il faut 5 ans d'expérience et 44% croient qu'il faut 10 ans d'expérience. <u>Barrières :</u> La perception des médecins face à ce rôle; la crainte de litiges; les politiques gouvernementales quant à ce rôle; les connaissances et compétences des infirmières; les syndicats et l'attitude des clients.	L'étude ne permet pas de généraliser certains éléments car elle est la première à analyser les perceptions quant à leur niveau de confiance face aux ordonnances de tests et de références vers des spécialistes. Ils recommandent de plus amples recherches pour établir les compétences de ce rôle, la formation requise ainsi que le niveau d'expérience.
Elsom et al. (2009) Australie	Déterminer l'étendue actuelle de la pratique des ISMC qui va au-delà de la pratique infirmière traditionnelle	Étude quantitative non expérimentale. N=154 ISMC de 10 centres (7 centres urbains et 3 centres ruraux).	La pratique va au-delà du champ de pratique traditionnel. On y voit surtout un pouvoir d'influence pour arriver aux recommandations souhaitées mais la décision finale revient au médecin (pouvoir et responsabilité).	<u>Trois catégories :</u> <u>Le rôle de l'infirmière dans l'administration et la prescription de médicaments :</u> Procèdent surtout à des recommandations de traitements (pouvoir d'influence). <u>Les autres facettes de la pratique élargie</u>	Cette étude représente la réalité de l'échantillon étudié, il est donc difficile de transférer ces résultats de façon élargie.

Auteurs/lieu de l'étude	But/objectifs	Méthodologie	Points importants	Résultats/ Conclusion	Limites
				<p><u>chez les infirmières</u> : admission et congé, références vers des spécialistes et ordonnances de test diagnostiques</p> <p><u>La formation nécessaire des infirmières en lien avec le rôle de l'infirmière en pratique avancée</u> : Formation spécifique.</p>	
<p>Funakoshi et al. (2007)</p> <p>Japon</p>	<p>Décrire les comportements de soutien de la part des gestionnaires auprès des ISMC qui prodiguent des soins à domicile pour des clients ayant des TSM et identifier les facteurs reliés à ces comportements.</p>	<p>Étude qualitative</p> <p>Entrevues semi-structurées auprès de 10 gestionnaires</p>	<p>Les soins à domicile préviennent les hospitalisations; favorisent la réhabilitation. De plus, ils soutiennent l'assiduité au traitement, les relations personnelles, la santé mentale, les AVQ et les proches. Par contre, ce travail amène son lot de stress et d'isolement. Elles ressentent une surcharge de travail, peu de soutien, incertitude quant à leur rôle et peu de communication avec d'autres professionnels de la santé.</p> <p>Le soutien du gestionnaire est essentiel!</p>	<p>Quatre catégories de soutien</p> <p><u>Modifier la relation infirmière-client</u> : S'assurer de la compatibilité entre l'infirmière et le client.</p> <p><u>Assurer la sécurité des infirmières</u></p> <p><u>Prodiguer du soutien émotionnel</u> : Rencontre régulières par le gestionnaire. Soutien des collègues.</p> <p><u>Offrir des opportunités de développement</u> : Formation, études de cas, accès à une experte-conseil.</p>	<p>Les données sont des propos rapportés. Il n'y a pas de données sur les méthodes des gestionnaires rencontrées. Il faudrait procéder à une évaluation formelle de ces méthodes afin de mesurer les résultats et leur efficacité.</p> <p>L'étude est difficilement généralisable, les système de santé étant distinct de pays en pays.</p>
<p>Gardner (2010)</p> <p>Australie</p>	<p>Explorer comment les infirmières parvient à établir le processus de la relation thérapeutique tout en respectant les limites professionnelles.</p>	<p>Qualitative</p> <p>Basée sur une approche constructiviste de Charmaz (2006).</p> <p>Entrevues (N=15 infirmières) avec des intervenants d'un centre de soins communautaire de santé mentale</p>	<p>Le rôle des infirmières rencontrées : <i>advocacy</i>, thérapie individuelle et familiale, thérapie de groupe et la gestion du milieu.</p> <p>Le rôles central : la relation thérapeutique dans le processus de soins de chacun des clients.</p>	<p><u>3 niveaux d'engagement de la relation thérapeutique</u>:</p> <p>Approche amicale</p> <p>Relation thérapeutique</p> <p>Alliance thérapeutique</p> <p>Une approche dite amicale permet la connexion pour établir une relation thérapeutique, qui elle servira pour établir une alliance. Cette dernière servira de levier d'intervention dans le processus thérapeutique du client.</p>	<p>De futures recherches sont nécessaires afin d'initier le questionnement concernant le terme « rapport » qui est souvent utilisé par les infirmières en parlant de leur relation avec le client. L'utilisation de ce terme peut minimiser le processus</p>

Auteurs/lieu de l'étude	But/objectifs	Méthodologie	Points importants	Résultats/ Conclusion	Limites
		visant la réhabilitation.			du lien thérapeutique.
Gibb (2003) Australie	Examiner le phénomène des soins infirmiers de santé mentale dans la communauté comme pratique unique	Entrevues et Focus groupe auprès d'infirmières provenant de 5 centres ruraux. 2 centres comportent des équipes de 10 infirmières. Dans chacun de ces centres, 6 infirmières furent rencontrées en focus groupe.	Dans les milieux ruraux parfois le seul intervenant en santé mentale est l'infirmière. Elles sont confrontées à prendre des décisions seules qui parfois dépassent leur pratique. L'approche communautaire implique de se baser sur les besoins du client en lui laissant son autonomie. Cette approche crée des tensions avec le modèle plus médical qui lui tend plutôt à ordonner et prescrire. Il y a un manque de modèles de soins infirmiers communautaires, ce qui entraîne une confusion dans leur rôle et dans la perception d'autrui.	<u>Responsabilité de l'infirmière qui travaille seule en milieu rural et devant être mobile</u> : Responsabiliser le client quant à ses auto-soins et viser le bon fonctionnement dans la communauté. Établir un plan de soins avec le client dans le respect de sa personne. Valeurs sous jacentes à leur pratique communautaire: <u>Mode de vie</u> : Travail avec les proches et la communauté visant un soutien social <u>Enlignement personnel</u> : Amener le client à trouver des solutions aux problèmes et de déterminer les moyens d'atteindre les buts personnels. <u>Préserver la santé mentale</u> : Amener le client à s'exprimer dans le respect de ses valeurs.	Il n'y a pas de données spécifiques sur le nombre exact du nombre d'infirmières à l'étude. L'étude se veut un portrait du rôle des infirmières en milieu rural et n'invalide pas les autres. D'autres recherches seraient intéressantes pour connaître la diversité des rôles.
Happell et al. (2012) Australie	Examiner la littérature portant sur les ISMC et leurs pratiques. Plus spécifiquement : la proportion de la gestion de cas que les infirmières assument; la charge de cas des gestionnaires de cas; et le rôle des ISMC dans la communauté	Revue littéraire : Recherches de façon séparées dans 3 bases de données N=21 articles furent retenus	Synthèse des recherches et politiques sur la contribution des infirmières en santé mentale dans la gestion de cas communautaire. La désinstitutionnalisation a créé le besoin d'avoir des gestionnaires de cas. L'influence des infirmières en santé mentale est accrue dans les Pays Bas et en Australie. Les interventions des ISMC : gestion de cas (coordination), <i>counseling</i> , et gestion des médicaments. L'aspect physique est plutôt délaissé.	La proportion de gestionnaire de cas est variable selon les pays. La charge de cas est variable et affecte le temps passé avec le client (Temps passé avec le client représente seulement ¼ du temps) Rôle de l'infirmière : gestion de cas, <i>counseling</i> , gestion des médicaments. La visite des clients varie selon l'intensité des besoins. L'aspect physique est délaissé lors de ces visites.	Pas de statistiques disponibles dans la littérature quant au nombre de gestionnaire de cas assumé par des infirmières. Des recherches démontrant le profil des gestionnaires de cas serait opportun.
Haque et al. (2002) Royaume Uni	Explorer comment les ISMC perçoivent leur rôle et le degré de	Étude quantitative Sondage N=40 infirmières	Les interventions biopsychosociales et pharmacologiques sont reconnues comme ayant des résultats favorables, par contre	Les infirmières disent avoir trop de tâche administratives; ressentir de l'insatisfaction; peu de ressourcement;	Petit échantillon qui ne peut être représentatif de l'ensemble des

Auteurs/lieu de l'étude	But/objectifs	Méthodologie	Points importants	Résultats/ Conclusion	Limites
	réalisation de celui-ci.		<p>les interventions infirmières sont quant à elles méconnues.</p> <p>On connaît peu le rôle de l'infirmière en santé mentale.</p> <p>Vu l'augmentation de la clientèle avec des TSM, les MO veulent avoir une infirmière en santé mentale à leur côté.</p> <p>Les infirmières doivent définir leur rôle, sinon elles devront se contenter de rôles de subordonnés.</p>	<p>peu de communication entre elles; peu de reconnaissance; peu de soutien; et ont des préoccupations quant à la perception qu'on les autres professionnels face à leurs rôles.</p> <p>90% n'utilisent pas de modèles de soins y allant plutôt selon leur jugement clinique de la situation.</p> <p>Zones à surveiller : les infirmières doivent être capable de déterminer leur rôle; avoir accès à de la formation; avoir plus de temps direct avec les clients; doivent être reconnues dans leur pratique.</p>	<p>ISMC. Le taux de participation (50%) est inférieur à ce qui était souhaité, par contre les résultats rejoignent ceux constatés dans la littérature.</p>
<p>Henderson et al. (2008)</p> <p>Australie</p>	<p>Explorer les facteurs qui augmentent la charge de cas des ISMC</p>	<p>Étude qualitative</p> <p>Focus groupe</p> <p>Données provenant aussi d'une recherche qui développe un modèle visant à niveler les charges de cas</p> <p>N=22 infirmières</p>	<p>Les ISMC assument le rôle de gestionnaire de cas (GC).</p> <p>Le mouvement de la clientèle de l'hôpital vers la communauté a entraîné une surcharge pour les services de santé mentale de 1ère ligne dont les ISMC.</p> <p>Ils rapportent une : sévérité des cas, augmentation de la charge de cas, augmentation des charges administratives et cléricales; manque de ressources; et les changements organisationnels. Ceci, amène un haut taux de stress chez les ISMC ce qui affecte l'efficacité, l'efficience et la qualité des services.</p>	<p>Facteurs qui augmentent la charge de cas :</p> <p>Au niveau du personnel : Manque de ressources; Niveau d'expérience des GC ; Rôle de base versus spécialisé</p> <p>Au niveau des clients : L'état du client (plus complexe); Problèmes de comportements; Aspects sociaux et culturels</p> <p>Au niveau de l'organisation : La variété des ressources; la grandeur du territoire; accès aux services; le profil socio-économique du territoire.</p> <p>Au niveau du système de santé : Intégration des services défaillante; duplication des tâches; mauvaise utilisation des infirmières (tâches cléricales); coordination et communication mal structurées.</p>	<p>La tâche du GC représente une bonne partie du rôle de l'ISMC. Par contre elle doit être évalué en considérant divers éléments : complexité du cas; intensité des services requis; soutien disponible du client; niveau d'autonomie du client; reconnaissances des divers tâches des ISMC ; localisation géographique des domiciles des clients; et baliser le rôle du GC.</p>
Koekoek et	Décrire et analyser la	Sondage auprès	L'historique relève un développement	Les résultats présentent l'infirmière	L'Étude contient des

Auteurs/lieu de l'étude	But/objectifs	Méthodologie	Points importants	Résultats/ Conclusion	Limites
al. (2009) Pays Bas	profession des soins infirmiers en santé mentale dans la communauté dans les Pays Bas	de 776 ISMC	plutôt isolé de la profession découlant entre autre du peu de lien avec les activités de recherches en sciences infirmières et la santé mentale.	comme ayant en moyenne 48 ans, travaillant 32hres/semaine et ayant 20 ans d'expérience. Elle a une charge de cas de 48 patients, elle participe aux supervisions cliniques et utilise peu les meilleures pratiques. C'est une pratique à la fois prospère et menacé. Les infirmières n'ont pas su décrire ce que leur profession apporte aux soins des clients avec des TSM. Elles considèrent que c'est un rôle acquis de par leur existence depuis fort longtemps. Actuellement il y a développement de formations qui tendent vers des études supérieures ce qui vient ébranler les ISMC en place. Pour leur survie, elles doivent s'affilier aux meilleures pratiques.	biais, car les participants sont des infirmières intéressées à leur profession et au développement de celle-ci. Le taux de réponse (40%) peut s'expliquer par la méthode d'un questionnaire en ligne au lieu d'une version papier qui elle est mieux reconnue. Vu la contrainte de temps, ils n'ont pu approfondir les méthodes de travail utiliser ni faire la distinction de la clientèle
Kudless and White (2007) États-Unis	Déterminer les tâches des infirmières et le temps alloué par tâches.	N=40 infirmières Sondage papier et électronique en 2 parties.	La formation des infirmières varie du diplôme collégial aux études de 3 ^e cycle. Les postes varient d'infirmières clinicienne à infirmière praticienne spécialisée (IPS).	2 catégories de tâches : <u>Tâches directes</u> : soins directs au client; plan de soins; gestionnaire de cas; évaluation de l'état de santé mentale et physique; psychoéducation (diagnostique, médication, habitudes de vie); évaluation des risques (suicide); évaluation social (domicile). <u>Tâches indirectes</u> : tâches administratives et cléricales; développement infirmier (formations, supervision clinique, participation à des recherches, supervision de personnel) Le pourcentage accordé aux tâches, concordent selon le poste occupé.	De plus amples recherches sont recommandées sur la satisfaction au travail et sur les barrières au développement professionnel.

Auteurs/lieu de l'étude	But/objectifs	Méthodologie	Points importants	Résultats/ Conclusion	Limites
McCann and Clark (2003) Australie	Explorer les facteurs qui encouragent et empêchent les clients schizophrènes et leurs proches à accéder aux services communautaires de santé mentale, et examiner comment les ISMC se rendent accessibles pour ces clients afin d'améliorer l'accès aux services.	Se sont basées sur une théorie pour réaliser une étude qualitative. N= 9 clients 8 proches 24 ISMC (travaillant dans 3 centres distincts)	Les facteurs qui empêchent l'accès aux services ont un impact sur la situation clinique et le rétablissement postérieur du client. 2 moyens d'accès : Le client qui se présente de lui-même ou est amené par les proches ou les policiers. Faut être capable de donner l'accès aux services aux moments les plus névralgiques dont le moment où il choisi de se présenter. Plus tôt il y a intervention, mieux le rétablissement sera sain et viable. Faut soutenir le client et ses proches qui sont souvent la source de soutien dans la communauté.	Facteur aidant : L'infirmière procède à une évaluation permettant de prioriser les cas et d'améliorer l'accès aux services. Difficultés rencontrées : Les clients sont confrontés au stigma et sont craintifs quant aux traitements proposés; La disponibilité des infirmières qui est réduite par leur charge de cas; La formation du personnel face aux maladies et les ressources existantes; La situation géographique et le transport disponible; et le soutien aux proches. Stratégies pour améliorer l'accès : Promouvoir les expériences favorables d'accès vécues par le client; Utiliser la technologie pour promouvoir l'accès; Être disponible	Étude contextualisée, qui ne peut être généralisée. Quoique les résultats sont vérifiables et concordent avec des données provenant de la littérature.
McCann and Clark (2005) Australie	Décrire le processus que les infirmières en santé mentale communautaire utilisent pour promouvoir la santé chez des patients ayant des troubles de schizophrénies; Identifier et décrire les problèmes que les ISMC rencontrent dans cette promotion de la santé; ET Identifier et expliquer les principales influences qui viennent modérer les	Étude qualitative Entrevues et observation auprès d'infirmières (N=24), des clients (N=9) et leurs proches (N=8) Les résultats ont permis de développer une théorie.	Il est primordial d'établir une théorie sur les façons que les infirmières aident les clients à se rétablir. La plupart des services sont centrés sur la réduction des symptômes et les interventions de crises. Étant orienté sur la résolution de problèmes, ils n'ont pas la vision de prévention et promotion de la santé. Les infirmières sont les mieux placées pour guider le client vers un état de bien-être compte tenu de leur vision holistique et de ses approches éclectiques. Activités de promotion sont: l'enseignement sur la médication, sur les habitudes de vie, les stratégies d'adaptation, et avoir un environnement structuré et soutenant.	La théorie développée comprend les éléments suivants : Problème psychosocial de base : « Direction incertaine » représente l'étape où l'ISMC évalue la situation clinique du client et prend conscience des besoins et des moyens pour y répondre. Cette étape est influencée par 4 facteurs soit la désinstitutionalisation; l'éducation pour le changement; la conceptualisation de la pratique; et le changement de culture organisationnel. Principale catégorie et ses 3 phases inter reliées : Principale catégorie : adopter un rôle de soins et de facilitateur. Les 3 phases : engagement, avancement de l'autodétermination et le développement de liens.	Les données sont contextualisées au milieu de l'étude donc difficilement généralisables. Les données peuvent être vérifiables dans des milieux similaires et avec des clientèles distinctes. L'étude représente donc un point de référence.

Auteurs/lieu de l'étude	But/objectifs	Méthodologie	Points importants	Résultats/ Conclusion	Limites
	façons de faire de ces ISMC lorsqu'elles font de la promotion de la santé			Déterminants contextuels qui modifient le processus : circonstance de la pratique, association réciproque, risques balancés et négocier les obstacles.	
McCardle et al. (2007) Irlande	Identifier les approches de soins prédominantes utilisées par les ISMC et les théories de bases de leur pratique.	Étude qualitative Sondage N= 116 infirmières ET Ont observé 33 visites à domiciles réalisées par 13 ISMC	Dans le cadre de cette étude une ISMC est une infirmière qui exécute la majeure partie des soins auprès des clients dans leurs domiciles.	Principales activités : <u>Évaluation des clients :</u> Évaluation globale et approfondissement des préoccupations rapportées par le client. N'ont pas d'approche théorique spécifique. <u>Gestion de la médication :</u> Évalue la médication, l'assiduité, l'organisation et fait de l'enseignement. <u>Promotions de la santé :</u> Centré sur l'assiduité au traitement; les bonnes habitudes de vie; tabac- alcool- drogue; gestion du stress; signes et symptôme de la maladie; participation dans des groupes de soutien <u>Soutien au client et ses proches :</u> <u>Approches conceptuelles :</u> Qualifiées de psycho-pharmaco-sociales.	Le taux de non participation (42.9%) ne permet pas de généraliser les résultats. Les observations réalisées sont contextualisées. Des recherches sur le point de vue des clients et des autres professions seraient intéressantes.
McGuinness (2003) Pays Bas	Explorer les compétences et le niveau de scolarité des ISMC	Audit demandé par une commission découlant du ministère de la santé des Pays Bas. Sondage auprès des infirmières.	Rôle central des ISMC: coordonnateur de soins, évaluer les besoins et risques des clients avec des TSM, développer et réviser le plan de soins, prioriser les besoins des clients avec des TSM sévères et persistants. Les ISMC ne sont pas nécessairement habilitées à traiter cette clientèle, auparavant elles traitaient des cas plus courants. Le mouvement des soins vers la communauté a alourdi la clientèle autrefois traité dans les hôpitaux.	La compétence et la scolarité des ISMC doivent répondre aux besoins de la population. L'étude recommande le rehaussement de la formation vu la complexité des situations de santé des clients 27 compétences sous 4 catégories : Administration et gestion Évaluation Traitement et gestion de cas Travail de collaboration	Il n'y a pas de descriptions des différents niveaux de scolarité ni le nombre d'infirmières rencontrées. Ils utilisent leur appellation qui sans description rend la compréhension difficile. On peut toutefois interpréter

Auteurs/lieu de l'étude	But/objectifs	Méthodologie	Points importants	Résultats/ Conclusion	Limites
					que le niveau de scolarité souhaité soit universitaire.
Mullen et al. (2002) Australie	Évaluer un programme d'éducation visant les familles ayant un proche souffrant d'un premier épisode psychotique.	Ils ont évalué, à l'aide d'un questionnaire à choix de réponse, les connaissances sur la santé mentale et leur traitement avant et après le programme d'éducation.	La famille joue un rôle central dans le rétablissement et la prévention de la maladie chez le client. Les interventions de type éducatives sont parfois difficiles à réaliser vu le manque de soutien administratif qui n'accorde pas beaucoup de temps pour ce genre d'activités. L'approche de groupe serait plus efficace qu'une approche individuelle pour les proches, compte tenu du soutien possible entre les familles. Des familles bien informées, diminuent le taux de rechutes.	Le programme a grandement amélioré les perceptions et connaissances sur la maladie mentale, le traitement, les services offerts et les stratégies de prévention. L'étude démontre aussi l'efficacité de cette thérapie de groupe et du rôle primordial de l'ISMC dans les interventions familiales. Le programme tout comme l'évaluation de celui-ci fut prodigué par une infirmière ce qui démontre l'étendue de ses activités et de l'efficacité de celles-ci. Pour mieux formaliser ce rôle il faut diffuser ces approches tout comme les résultats favorables.	Tous les participants étaient des volontaires donc ouverts à l'apprentissage, ce qui représente un biais. L'évaluation s'est réalisée à la fin du programme, une évaluation plus tardive aurait permis d'évaluer les effets longs termes. Autre limite : petit échantillon et la localisation géographique restreinte.
Nolan et al. (2004) Pays Bas	Explorer les aspects du travail des infirmières afin d'émettre des lignes directrices nationales plus appropriées qui par le fait même viendraient rehausser la satisfaction au travail et l'offre de services.	Étude comparative 2 groupes d'infirmières ont été comparés. Un travaillant en milieu rural (N=40) et l'autre en milieu urbain (N=25).	Transfert des clients de la 2 ^e à la 1 ^{ère} ligne est venu augmenter les visites chez les MO qui n'ont pas la structure nécessaire (temps, habiletés) pour traiter cette clientèle. Faut donc revoir les modalités de prestations de services. Il y aurait un besoin d'infirmières spécialisées pour cette clientèle. Les MO demandent que ces infirmières soient intégrées dans leur clinique. Leur rôle est plus ou moins balisé ce qui rend ce rôle confus et entraîne de l'insatisfaction.	Le contact direct avec les clients et voir leur évolution, constitue des éléments de satisfaction. Les infirmières déplorent le manque de communication; le peu de présence des gestionnaires; l'engagement des clients défaillant; avoir des références inappropriées ; une collaboration difficile avec les partenaires des autres services; et avoir des collègues peu flexibles. Ce qui aiderait pour le futur : avoir plus de ressources, du soutien éducationnel, meilleur fonctionnement d'équipe et avoir des références appropriées. Le rôle de l'infirmière est vulnérable compte tenu qu'il n'y a pas une	L'étude comparative fut difficile car les résultats obtenus des 2 groupes étaient très similaires. Il faudrait refaire la même étude avec des groupes différents afin de voir si c'est une bonne méthode et si elle permet de corroborer leur hypothèse du départ. Même si l'étude n'a pas permis de statuer de différences entre les

Auteurs/lieu de l'étude	But/objectifs	Méthodologie	Points importants	Résultats/ Conclusion	Limites
				compréhension commune de ce que ça devrait être.	milieux ruraux et urbains, elle a permis de soulever les rôles, les éléments de satisfaction et d'insatisfaction.
Nutting et al. (2008) États-Unis	Examiner les barrières empêchant l'adoption d'un gestionnaire de cas (GC) auprès d'une clientèle dépressive.	Étude qualitative Entrevue semi-structurée N=42 intervenants (surtout des MO); 18 gestionnaire de cas (infirmières ou travailleurs sociaux) et 7 professionnels de la santé mentale. Le modèle « RESPECT-Dépression » est celui qui est utilisé	Le GC avec la clientèle dépressive est une pratique reconnue dans la littérature. Malgré qu'elle soit une meilleure pratique, les intervenants sont encore réticents. Le rôle du GC : prodiguer des soins, déterminer l'orientation, faire de l'enseignement, encourager les auto-soins, coordonner les services requis, encourager l'assiduité au traitement et assurer la communication avec les intervenants requis.	<u>Barrière</u> : Les interlocuteurs rapportent une contrainte de temps; peu d'expérience clinique; manque de ressources; désintérêt face à cette clientèle et pratique. Quant aux MO, ils rapportent leur difficulté sur le mode paiement (paiement à l'acte) <u>Fonctionnement et rôle du GC</u> : Leur fonction améliore les résultats cliniques, l'organisation des soins et la communication. Ceux qui étaient résistants au début, se sont démontrés enthousiaste après l'essai d'un GC. Il y aurait un meilleur fonctionnement si le GC est sur place (clinique), quoique ça entraîne des coûts.	Possibilité de biais dans la sélection des participants et dans la réalisation des entrevues. Il y a une possibilité d'interprétations erronées de la part des chercheurs face aux résultats obtenus. La variété de participants et milieux, font en sorte que l'étude peut être plus représentative et généralisable.
Rapp 2004 États-Unis	Identifier 10 principes de la gestion de cas qui produisent des résultats favorables dans les résultats de santé chez les clients ayant des TSM sévères.	Revue systématique N=12 études expérimentales ou quasi expérimentales. Modèles: <i>Assertive Community Treatment (ACT)</i> (N=17) et <i>Strengths Model</i>	Ces principes représentent le cœur du rôle du gestionnaire de cas (GC). L'ACT démontre une plus grande diminution d'hospitalisations, une meilleure assiduité au traitement. Le SM démontre de meilleurs résultats de santé chez le client (amélioration des symptômes).	10 principes : Le GC doit prodiguer le maximum de soins et éviter les références vers d'autres services; Les ressources naturelles de la communauté sont les principaux partenaires; Le travail se fait dans la communauté; Le travail de gestion individuelle et d'équipe fonctionne; Le GC est le premier responsable pour les services de son client; Le GC peut être un para-professionnel; Les superviseurs doivent	5 limites provenant de la littérature recensée, qui ont rendu l'identification des principes difficile : Les études n'ont pas toute la même rigueur; La mesure des résultats n'était pas uniforme; Les résultats rapportés dans certaines études étaient mixtes; Les

Auteurs/lieu de l'étude	But/objectifs	Méthodologie	Points importants	Résultats/ Conclusion	Limites
		(SM) (N=4)		avoir de l'expérience et de la crédibilité; La charge de cas des GC doit être petite afin d'allouer le temps direct avec les clients; Le service du GC doit être illimité dans le temps; Les clients doivent avoir accès à une personne ressource 24h/24 et 7jours/7. Les GC doit promouvoir les choix.	groupes de contrôle dans les études de comparaison n'étaient pas uniformes
Ryan, Garlick, and Happell (2006b) Australie	Examiner le rôle de l'ISMC auprès des personnes âgées et principalement les interventions biopsychosociales.	Étude qualitative Focus groupes auprès de 15 infirmières provenant de 3 centres distincts. Méthode : focus groupe	Difficile de bien décrire le rôle de l'infirmière. Une façon de le faire est de faire ressortir les tâches spécifiques. La relation thérapeutique est primordiale. De par leur formation elles sont aptes à intervenir au niveau psychosocial même si certains auteurs le contredisent Le rôle est multi-facette et complexe. Elle est capable de gérer de multiples problèmes de soins.	2 thèmes : <u>Le rôle de l'infirmière</u> : Difficile de décrire leur rôle vu l'étendue et diversité de leur pratique. Leur rôle : Approche holistique; approche bio-psycho-sociale; alliance thérapeutique. Approche éclectique; techniques de communication thérapeutiques <u>Tâches spécifiques</u> : La relation thérapeutique; Évaluation et priorisation des cas; Gérer les clients avec des soins aigus; Gérer les aspects physiques des soins; Profil pharmacologique; Éducation; Promotion de la santé et de la santé mentale	Petit échantillon de participants, ne permettant pas de généraliser les résultats obtenus.
Simons, Lathlean, and Kendrick (2006) Pays Bas	Explorer la perception des ISMC concernant la nature des TSM courants (anxiété et dépression) et de leur rôle dans le traitement de ceux-ci.	Étude qualitative 6 groupes de discussion auprès de 37 infirmières	Les MO veulent un accès direct aux services de santé mentale pour les TSM courants. Selon eux les infirmières sont habiletés pour les traiter. Ils désirent également avoir une infirmière spécialisée en santé mentale dans leur clinique. Les mandats qu'ont les infirmières en santé mentale consistent, dans cette étude, de traiter les cas sévères de TSM.	Perception des ISMC : Le fait d'avoir des cas dit courants, amène une variété et légèreté. Par contre, compte tenu que ce n'est pas leur mandat, le fait de recevoir des références pour ce type de client surcharge leur charge de cas et allonge la liste d'attente. Il y a un manque de service pour ces clients et elles proposent : le développement de mécanismes favorisant le travail entre les services primaires et les services spécifiques de	Biais dans la sélection des participants (choix selon leur intérêt)

Auteurs/lieu de l'étude	But/objectifs	Méthodologie	Points importants	Résultats/ Conclusion	Limites
				santé mentale; amélioration de l'organisation de service entre la 1 ^{ère} et la 2 ^e ligne et instauration des rôles de consultation liaison entre les MO et les services de santé mentale.	
Simpson (2005) Londres	Présenter les facteurs aidants et contraignants chez l'ISMC dans leur rôle de coordonnatrice de soins dans le but de répondre aux besoins du client et de ses proches.	Études de cas de 7 équipes d'une durée de 2 ans. Approche qualitative : Observation de participants, entrevues semi structurées et la révision de documents. N=23 infirmières	À Londres ils utilisent l'approche du <i>Care Programme Approach</i> (CPA) qui inclue les principes de gestionnaire de cas. Le coordonnateur de soins est dans ce programme la pierre angulaire et ce rôle est souvent assumé par une infirmière. Le modèle est basé sur l'établissement d'une relation thérapeutique qui permettrait à l'ISMC de prodiguer des soins infirmiers, d'autres interventions thérapeutiques et avoir un rôle central dans le processus de soins.	Le rôle de coordonnateur de soins combiné avec de grandes charges de cas, limitent les interventions infirmières qui sont pourtant reconnues pour réduire les rechutes chez les clients ayant des TSM. 6 thèmes sont ressortis : Accepter le focus sur les TSM sévère; Rôle thérapeutique de l'infirmière restreint; Pas de vision commune sur le rôle du coordonnateur de soins; Augmentation du travail administratif et clérical; Nouveaux rôles et confusion des rôles; Sentiment de compression dans leurs tâches	Données contextualisées ne permettant pas de généraliser hors Angleterre
Spiers and Wood (2010b) Canada	Explorer les approches que les infirmières ont développé dans la thérapie court terme, en décrivant leurs expériences, leurs perceptions, et les interventions dans l'établissement d'alliance thérapeutique avec le client.	Méthode qualitative Utilisation de focus groupes. N= 11 infirmières	Caractéristiques de la thérapie court terme : <i>planning</i> , <i>collaboration</i> , <i>empowerment</i> et <i>timing</i> .	L'alliance thérapeutique s'établit de façon instinctive selon le lien et l'instant présent Le client reconnaît le rôle et l'aide de l'infirmière, ce qui permet de communiquer son vécu et émotions associées. Plusieurs stratégies de communication sont utilisées pour établir cette alliance. 3 phases dans l'alliance : Établir le lien; s'assurer de la compatibilité; et activer le pouvoir du client.	Pas d'entrevues auprès de clients, ce qui aurait été propice afin d'avoir une vision holistique. Les infirmières se sont basées sur des anciennes expériences favorables, donc faisant appel à leur mémoire ce qui représente un biais.
Wallace et al. (2005)	Décrire les interventions des infirmières dans un	Entrevues individuelles avec les 4 infirmières	Les interventions sont multiples et diversifiées. Grande capacité d'adaptation requise.	Les interventions les plus réalisées : Intervenant pivot, coordination, suivi et contrôle pharmacologique, surveillance	Outils utilisés et petit échantillon

Auteurs/lieu de l'étude	But/objectifs	Méthodologie	Points importants	Résultats/ Conclusion	Limites
Canada	service d'intervention dans le milieu (SIM)	du service à l'étude	La créativité des infirmières leur permet d'appliquer les bonnes interventions et d'entretenir une relation thérapeutique satisfaisante.		
White and Kudless (2008) États-Unis	Explorer auprès des ISMC leurs perceptions quant à leur rôle, leurs préoccupations, leur satisfaction au travail et les amener à développer des recommandations qui répondraient à leurs préoccupations	Étude qualitative 6 focus groupes N= 36 infirmières	Les résultats ont été présentés aux participantes pour approbation pour ensuite le présenter aux gestionnaires qui ont à leur tour proposé des pistes de solutions selon les résultats obtenus	3 thèmes regroupant leurs préoccupations et solutions proposées: <u>Combat pour une identité professionnelle et une voix collective</u> : avoir une directrice des soins-infirmiers (DSI) ou une conseillère infirmière qui les représente <u>Autonomie professionnelle</u> : aspect favorable en comparaison avec celles qui sont dans les milieux hospitaliers. <u>Reconnaissance de leur rôle</u> : N'ont pas l'impression d'être reconnue. Faire parti d'une équipe interdisciplinaire peut amener une confusion des rôles et des frontières professionnelles.	Le fait de prendre des notes au-lieu d'enregistrer peut amener une perte de données. Par contre, le fait de présenter les résultats aux participantes pour avoir leur approbation compense pour cette limite. La rencontre d'infirmières provenant d'équipes interdisciplinaires uniquement, limite la collecte de données.
Wilson and Crowe (2008) Nouvelle-Zélande	Explorer ce qui est satisfaisant dans le rôle des soins infirmiers en santé mentale communautaire	Étude qualitative Se sont basées sur la théorie de Glaser & Strauss (1967) et Glaser (1978) pour évaluer ce qui était satisfaisant dans le rôle de l'ISMC. Entrevues semi-structurées auprès de 12 ISMC sur une période d'un an.	La relation thérapeutique <u>Être thérapeutique</u> : La relation thérapeutique aide le client à maintenir son bien-être et favorise son rétablissement. <u>Se connaître</u> : Ses habiletés de communication, stratégies d'adaptation, ses valeurs et ses attitudes. <u>Savoir comment</u> : Ses connaissances sur la relation thérapeutique. C'est influencé par : la présence d'un gestionnaire qui valorise et soutient le lien thérapeutique; l'appartenance à une équipe; et le maintien d'une vie personnelle	La relation thérapeutique (être thérapeutique, se connaître, savoir comment) a été identifiée comme la source la plus gratifiante chez les ISMC mais elle est influencée par 3 éléments – travailler pour l'organisation, appartenir à une équipe et maintenir une vie personnelle. C'est l'équilibre de ces éléments qui permet d'avoir une bonne satisfaction quant à son rôle. Maintenir l'équilibre est un processus qui implique l'équilibre entre les sources de satisfaction contre les sources potentielles d'insatisfaction.	De plus ample recherches sont nécessaires afin d'évaluer si la satisfaction au travail est relié à de meilleurs résultats de santé chez la clientèle et si elle est relié à la capacité de rétention du personnel dans les centre de santé mentale communautaire

Annexe B : Recension des écrits sur les modèles de collaboration

Auteurs/lieu de l'étude	But/objectifs	Méthodologie	Points importants	Résultats/ Conclusion	Limites
Auxier et al. (2011) États-Unis	Décrire un modèle intégré de soins utilisé dans un centre communautaire du Colorado qui effectue des évaluations, des consultations, de la psychothérapie et des tests psychologiques	Étude de cas	Impact des soins intégrés : Améliore l'accès, la qualité des soins, les résultats cliniques; diminue la charge de travail des MO et il développe des habiletés chez les MO à traiter les clients souffrant de TSM. Les organisations qui veulent implanter une telle approche, doivent mobiliser un bon leadership qui soutiendra le changement tout en prenant des décisions difficiles quant au développement et l'implantation du projet, le budget, et les ressources humaines. Le tout en établissant et en maintenant des relations de confiance avec les différents acteurs impliqués afin de favoriser son implantation.	Variables identifiées comme des pratiques souhaitables : <u>Clinique</u> : Patient est vu dès son arrivée. Ils utilisent une approche holistique. <u>Organisationnel</u> : L'ISM doit être visible par les MO et les patients ce qui favorise son implication et de meilleurs résultats cliniques chez le client. Cette approche est moins stigmatisante. Elle implique un changement de paradigme et de culture qui doit être soutenu par l'organisation. Il doit y avoir un travail d'interdisciplinarité et un partage des pouvoirs décisionnels.	Pas de limites mentionnées. Il s'agit d'une étude de cas, elle est donc contextualisée et il faut transférer les données avec prudence.
Bambling et al. (2007) Australie	Examiner la perception des MO dans les milieux ruraux concernant les services de santé mentale, les défis qu'elle comporte et les solutions possibles.	Étude qualitative Entrevue semi-structurée N= 37 Mo	Les MO sont les 1ers contacts chez 75% des clients souffrant de TSM. Les soins partagés sont nécessaires afin de soutenir les MO. Il y a méconnaissance entre les MO et les intervenants quant aux capacités mutuelles à traiter les clients souffrant de TSM.	La perception des MO et des intervenants quant à leurs compétences mutuelles est peu favorable et ce par leur méconnaissance mutuelle. Les MO rapportent qu'il y a manque de continuité dans les soins, qu'ils procèdent surtout à de la gestion de crises et qu'il y a un manque flagrant de communication entre les divers services ce qui nuit à la continuité de soins et au soutien de leur pratique.	Petit échantillon. Résultats non représentatifs donc difficilement transférable à d'autres secteurs.
Bramsfeld et al. (2012) Allemagne	Explorer la pratique de coopération en santé mentale et identifier les conditions qui la	Étude qualitative Focus groupe N=43 Intervenants provenant de 4 régions de	Il y a 2 sortes de collaboration : celle au niveau organisationnel et celle qui est plus clinique (concerne des cas cliniques). Cette dernière serait d'ailleurs la plus efficace.	Ce qui incite à la collaboration : c'est un besoin, une motivation et un but. Les contraintes : temps et argent L'interdisciplinarité est un besoin, mais également un défis car elle implique de	Les membres des groupes se connaissaient donc ils parlaient davantage de leurs expériences que

Auteurs/lieu de l'étude	But/objectifs	Méthodologie	Points importants	Résultats/ Conclusion	Limites
	promeut et celles qui l'inhibent	l'Allemagne	La collaboration au quotidien des cas cliniques, implique une vision micro et non macro. Faut également viser de la collaboration de même niveau, c'est-à-dire ne pas mêler les intervenants cliniques et les administrateurs, n'ayant pas le même langage ni les mêmes buts.	développer un but commun. La collaboration ce n'est pas un choix, mais une nécessité. Il faut bien décrire le mode de collaboration, le baliser, permettre les réunions afin d'optimiser la collaboration.	du comportement comme tel. Les MO et les psychiatres étaient sous représentés.
Brawer, Martielli, Pye, Manwaring, and Tierney (2010) États-Unis	Analyser les résultats du programme <i>St. Louis Initiative for Integrated Care Excellence (SLICE)</i> , 2 ans après son implantation.	Étude de cas.	But du SLICE : offrir des services basés sur un modèle de collaboration entre la santé mentale et les services primaires de soins. Modèle élaboré compte tenu de l'affluence de cette clientèle dans les services de santé primaire. L'équipe a développé des interventions basées sur les meilleures pratiques et visant les suivis à court termes.	Les effets : plus grand accès aux services de santé mentale; diminue le stigma; augmente le niveau de confort du MO face aux TSM; meilleure utilisation de la prescription pharmacologique; meilleure collaboration avec les clients ayant des comorbidités physiques.	Pas de limites mentionnées. Il s'agit d'une étude de cas, elle est donc contextualisée et il faut transférer les données avec prudence.
Buchan and Boldy (2004) Australie	Examiner la vision des médecins des services primaires, des psychiatres et des administrateurs afin d'établir une congruence des visions et de faciliter l'intégration des services de santé mentale et les services primaires	Étude exploratoire MO (N=14) Psychiatres (N=15) Administrateurs (N=11)	L'intégration des services : Augmente la communication Améliore le soutien chez les MO Améliore les connaissances des MO par de la formation (transferts des connaissances) Utilisation accrue de l'ISM	<u>Vision des MO 4 items</u> : Accès difficile aux services de santé mentale; Méfiance par rapport aux services de santé mentale de 1 ^{ère} ligne; Besoin de formation quant aux TSM; La communication entre les 2 parties est défectueuse. <u>La vision des psychiatres et des administrateurs</u> : Impression de gérer les problèmes des MO; Les MO ont besoin de formation; Les MO ont besoin de soutien	Pas de limites mentionnées. On voit un petit échantillonnage ce qui permet difficilement de généraliser les résultats.
Butler et al. (2011) États-Unis	Évaluer si le degré d'intégration d'un ISM amène des résultats cliniques favorables chez les	Revue systématique N= 26 essais	Ils ont classifié des modèles de soins de santé mentale intégrés dans les services primaires selon 2 dimensions: -Le niveau d'intégration selon les étapes du processus -Le degré d'intégration du	Le degré d'intégration ne semble pas avoir d'incidence sur les résultats cliniques chez les clients. Seule 1 étude a rapporté une amélioration des symptômes dépressifs (avec le modèle	Les critères d'exclusion ont pu rejeter des articles dont les données auraient pu être pertinentes.

Auteurs/lieu de l'étude	But/objectifs	Méthodologie	Points importants	Résultats/ Conclusion	Limites
	clients souffrant de dépression.		rôle de l'ISM.	IMPACT). Par contre, la présence de cet intervenant semble faciliter la gestion des cas de dépression	
Chaney et al. (2011) États-Unis	Déterminer si des organisations de soins peuvent améliorer la qualité des soins de la clientèle dépressive en utilisant les données probantes pour adapter le CCM dans des contextes locaux et organisationnels	Étude randomisé par grappes Entrevues N=288 sites ayant le CCM + N= 288 site non CCM	Étude basée sur le modèle du CCM de Wagner (1998). Dans le CCM, un gestionnaire de cas soutient les MO dans l'évaluation et le traitement des symptômes dépressifs tout en collaborant avec des spécialistes de la santé mentale. Ils font tout d'abord une évaluation de la personne et de ses besoins pour ensuite faire un suivi centré sur l'enseignement quant à sa maladie, l'assiduité au traitement et voir à sa participation active. L'implantation du CCM requière un changement de structure organisationnel.	Résultats mitigés : On voit une amélioration dans le processus (utilisation des antidépresseurs) mais on ne voit pas d'amélioration dans les résultats de soins. Les sites avec le CCM avaient une meilleure utilisation des antidépresseurs avec le bon dosage en comparaison avec ceux n'ayant pas le CCM. La surcharge de travail du gestionnaire de cas a représenté un obstacle à cette étude	L'étude randomisé par grappes ne permet pas d'évaluer l'efficacité du CCM comme ils l'avaient prédis. L'étude s'est concentré que sur un type de service ce qui ne permet pas de généraliser les résultats à d'autres contextes de soins. Leur délai d'évaluation était restreint (7 mois), ce qui n'a pas permis d'obtenir des résultats cliniques optimaux.
Correll et al. (2011) États-Unis	Décrire l'expérience d'un étudiant en psychologie ayant été intégré dans les services primaires de soins.	Étude de cas	Évaluation de 4 éléments : Le programme de formation Définition du rôle dans le cadre de ce projet Décrire les services Ressortir les leçons apprises tout en apportant des recommandations quant à la formation	L'intégration fut favorable : il a pu traiter une variété de problématiques de santé mentale à un moment et lieu opportun pour le patient; a donné un compte rendu de ses suivis au MO; a développé et implanté un protocole pour les suivis de cas de dépression basé sur les meilleures pratiques.	Il s'agit d'une étude de cas, les résultats sont donc contextualisés. Il faut transférer les données avec prudence.
Doey et al. (2008) Canada	Explorer les options pour offrir des services de santé mentale et physiques en y créant une clinique de soins intégrés pour ensuite	Étude qualitative Révision de 805 dossiers (N) Sondage sur la satisfaction auprès des clients en 2001 (évaluer les	Les soins des MO étaient limités par une méconnaissance des TSM et des services spécifiques de santé mentale. Les motifs ayant mené à la création de cette approche : manque de ressources, augmentation des demandes de soins, une population vieillissante,	Le groupe de travail avait comme mandat d'implanter des soins intégrés en assurant le soutien aux MO, la liaison et l'enseignement nécessaires. Les balises de l'approche : Soins centrés sur la personne; vision holistique; relation de confiance;	Pertes de données possibles quant au nombre de visites à l'urgence et des hospitalisations par faute d'enregistrement. Petit échantillonnage,

Auteurs/lieu de l'étude	But/objectifs	Méthodologie	Points importants	Résultats/ Conclusion	Limites
	créer un centre communautaire de soins physiques et de santé mentales.	services) Un 2 ^e sondage auprès de la clientèle fait en 2008 (N=191) (évaluer leur satisfaction et les bienfaits ressentis)	augmentation des TSM sévères et persistants Les personnes âgées préfèrent utiliser des services à proximité de leur domicile tel que leur MO	prévention et promotion; services et soins dans les mêmes lieux physiques; meilleure utilisation du questionnaire de cas; diminution du stigma; collégialité et soutien. Effets : diminution du nombre de visites aux services des urgences, diminution du nombre d'admissions à l'hôpital, diminution de la durée moyenne de séjour, augmentation de la continuité des soins, une vision holistique du patient; et le développement professionnel des MO.	emphase sur des données subjectives des clients, absence d'évaluation pré et post-étude quant au nombre de visites à l'urgence. Le groupe à l'étude n'est pas nécessairement représentatif de l'ensemble de la population.
Felker et al. (2004) États-Unis	Évaluer les effets de l'implantation d'une équipe multidisciplinaire dans un service primaire de soins pour les Vétérans.	Étude de cas En 2000 : création d'une équipe multidisciplinaire pour traiter la clientèle selon le modèle de <i>collaborative care</i> .	Inquiétude quant aux soins et émission de diagnostics dans les services primaires de soins; la présence de longues listes d'attentes; et la présence d'une communication pauvre. <i>Le Collaborative Care</i> : Un ISM travaillant avec un MO afin de traiter la clientèle souffrant de TSM. On veut aussi viser un transfert de connaissances afin d'habiliter les MO à traiter cette clientèle et augmenter leur niveau de confort.	Il y aurait une diminution des références vers les services spécifiques de santé mentale soit de 38% à 14%. Nombre moyen de rencontres par client dans le cadre d'un suivi est de 2.5. L'équipe multidisciplinaire peut rapidement évaluer et stabiliser l'état du patient souffrant d'un TSM. Il y aurait une amélioration dans les soins de collaboration et surtout une diminution des services fragmentés.	Il s'agit d'une étude de cas portant sur l'implantation et où il n'y a pas eu d'études post implantation. Les résultats obtenus, pourraient servir d'indicateurs pour de futures études voulant mesurer l'efficacité du service.
Fickel et al. (2007) États-Unis	Conceptualiser un continuum d'activités et de stratégies sur la collaboration	Étude Qualitative Entrevues semi-structurées N=22 MO provenant de 10 centres communautaires	Barrières à la collaboration : manque de ressources et peu de mode de collaboration formalisé. Les MO basent leurs décisions de référer le client à l'ISM selon l'intensité des symptômes et leur propre niveau de confort à maintenir ou non le suivi avec le client en question.	Les activités de collaboration allant du plus haut niveau au plus bas niveau de collaboration: 1) soins et responsabilités partagés entre les intervenants 2) activités partagées et visant un but commun 3) activités de coordination intégrant des discussions multidisciplinaires au sujet de certains clients 4) activités de liaison impliquant la présence d'un gestionnaire de cas 5)	Les gens rencontrés sont des gestionnaires ce qui peut limiter la transférabilité des résultats compte tenu qu'ils ne représentent pas la masse de professionnels visés par la collaboration clinique (MO et

Auteurs/lieu de l'étude	But/objectifs	Méthodologie	Points importants	Résultats/ Conclusion	Limites
				<p>activités de communication et de consultation.</p> <p>Les activités de référence, de coordination et de consultation auprès de l'ISM sont plutôt privilégiées. Ceci s'explique notamment par le manque de ressources permettant le fonctionnement optimal de la collaboration.</p>	clients).
Fuller et al. (2011b) Australie	Recenser l'efficacité des activités de modes collaboration et la combinaison de ceux-ci.	N= 119 articles. Revue narrative et approche thématique pour faire ressortir les données qualitatives et quantitatives pour aider les décideurs face à l'instauration de nouvelles modes de collaboration.	Les modes de collaboration identifiés sont au nombre de quatre : 1) les activités de collaboration directe (<i>direct collaborative activities</i>); 2) le guide de pratiques (<i>Agreed guidelines</i>); 3) les systèmes de communications (<i>Communication systems</i>); 4) les ententes de service (<i>Service agreement</i>). Pour chacune des grandes catégories, les auteurs ont identifié des activités plus concrètes de collaboration.	Retombées favorables au niveau clinique, organisationnel et économique lorsqu'il y a les activités de collaboration directe avec l'implantation de guide de pratiques et la mise en place d'un système de communications. Avantages : meilleur engagement des clients au suivi et au traitement; une meilleure capacité aux auto-soins; une meilleure réponse au traitement; une réduction des symptômes et de leurs sévérité; et un meilleur fonctionnement physique et social; une diminution des hospitalisations; références mieux adressées et une diminution des coûts	Limites quant aux méthodes d'exclusion et d'analyse. Compte tenu que peu d'articles portaient sur le sujet, ils ont donné la même importance à tous les articles même si certains n'avaient pas de descriptions complètes sur les modes de collaboration. De plus, ils se sont centrés sur des articles dont le système de santé était similaire à celui de l'étude, ce qui peut avoir exclue des données pertinentes.
Fuller et al. (2011a) Australie	Développer un cadre de travail pour aider les administrateurs à utiliser des modes de collaborations efficaces	N= 119 articles. Revue narrative et approche thématique pour faire ressortir les données qualitatives et	Analyse de 30 articles Facteurs aidants sont : la formation sur la collaboration, la clarification des rôles, le soutien des intervenants, la qualité et la compétence des intervenants, les lieux physiques de la clinique, l'évaluation et la rétroaction; le soutien organisationnel	Le groupe expert recommande 5 stratégies: 1) présence d'un soutien de la part de l'organisation lors de l'implantation des modes de collaboration; 2) Développer conjointement la planification clinique de l'offre de services et développer des	Ce n'est pas une étude qualitative scientifique. Elle se veut plutôt une étude informative compte tenu qu'il n'y a pas eu de méthodes d'exclusion exhaustive

Auteurs/lieu de l'étude	But/objectifs	Méthodologie	Points importants	Résultats/ Conclusion	Limites
		<p>quantitatives pour aider les décideurs face à l'instauration de nouvelles modes de collaboration</p> <p>Utilisation d'un groupe expert pour formuler des stratégies aidantes pour les administrateurs.</p>	<p>par un <i>leadership</i> qui promeut et soutien le changement de pratique.</p>	<p>méthodes de résolution de problème potentiels lors de l'élaboration de cette planification; 3) Développer conjointement les guides de pratiques quant aux moyens de collaboration; 4) Assurer la formation nécessaire aux intervenants dont les infirmières ayant à intervenir avec la clientèle de santé mentale; et 5) Assurer une rétroaction aux partenaires quant aux résultats des modes de collaboration instaurés.</p>	<p>et que la même valeur fut attribué a chacune des études analysées. L'étude est difficilement généralisable de par la variété des contexte et des différence de systèmes de santé.</p>
<p>Funderburk et al. (2010) États-Unis</p>	<p>Examiner l'implantation du modèle de soins partagés dans 5 cliniques médicales spécialisées dans les soins aux Vétérans</p>	<p>2 Études qualitatives <u>Étude 1</u> : N=180 : analyse des dossiers électroniques de patients vu par des intervenants de santé mentale <u>Étude 2</u> : Entrevues semis structurées et questionnaires auprès de N= 46 intervenants (md, inf. et TS) + 12 intervenants spécialisé en santé mentale + 140 patients</p>	<p>La collaboration est importante pour offrir des bons soins et pour effectuer des références adéquates aux services spécifiques selon les besoins.</p> <p>Description du modèle : Un intervenant est intégré dans les services primaires afin de dépister les TSM. Des suivis de 3-4 rencontres de 30 minutes visant l'enseignement sur le diagnostique, la médication, et l'importance de l'assiduité au traitement. Un plan de soins individualisé est fait avec le client et une communication étroite est réalisée avec le MO afin d'assurer un suivi adéquat au client.</p>	<p>Les problématiques vues par l'intervenant de santé mentale dans la clinique sont : la dépression, les troubles anxieux, les problèmes d'alcool, les symptômes choc post-traumatique, les schizophrènes, des problèmes suicidaires et des suivis de gestion de médication. Le client voit le MO pour ensuite voir l'ISM qui fera des interventions de soutien et d'enseignement et au besoin il proposera un court suivi de 3-4 rencontres. Les clients sont satisfaits des soins reçus. Ce modèle favorise l'accès et la communication. Les ISM sont intégrés à part entière dans la clinique, par contre elles aimeraient être davantage impliquées dans les réunions administratives.</p>	<p>C'est une étude contextualisée ce qui limite sa transférabilité à d'autres milieux. L'étude n'ayant porté que sur l'implantation, de plus amples études seraient profitables post implantation afin d'examiner l'intégration des intervenants qui seraient plus expérimenté avec ce modèle.</p>
<p>Gilbody et al. (2006)</p>	<p>Revue systématique d'études randomisées, qui</p>	<p>Revue systématique N=37 essais randomisés dont</p>	<p>Méthode de supervision du gestionnaire de cas.</p>	<p>Le <i>Collaborative care</i> est plus efficace que les soins traditionnels dans l'amélioration des états dépressif et ce à</p>	<p>De plus amples recherches sont nécessaires quant à</p>

Auteurs/lieu de l'étude	But/objectifs	Méthodologie	Points importants	Résultats/ Conclusion	Limites
États-Unis	elles comparaient les soins selon le <i>Collaborative Care</i> (CC) par rapport aux soins traditionnels chez des clients souffrant de dépression, pour ensuite quantifier à court terme et long terme l'efficacité du modèle de CC.	12355 patients souffrant de dépression et recevant des soins dans les services primaires		court et long terme Il y a des améliorations cliniques au 6 ^e mois et des bienfaits à long terme même après 5 ans. Ces améliorations sont reliées à l'assiduité aux médicaments et au professionnalisme des intervenants.	l'implantation de cette approche et particulièrement hors États-Unis.
Guevara et al. (2009) États-Unis	Déterminer la validité à savoir si un ISM œuvrant dans une clinique est associé à de meilleurs résultats cliniques	Questionnaire/ Sondage N= 600 MO	Raisons qui mènent les pédiatres à référer vers les services spécifiques de santé mentale : manque de connaissance sur les TSM, manque de ressources, manque d'intérêt face à la santé mentale, rémunération différente en comparaison avec les médecins des centres hospitaliers (déficiante par rapport au temps accordé aux clients souffrant de TSM) L'étude suggère le <i>co-location</i> car l'ISM dans les cliniques médicales favoriserait l'efficacité et l'efficience des services.	Les pédiatres se disent surchargés ce qui vient nuire à la collaboration avec les services de santé mentale. Par contre, ceux qui ont un ISM sur place ont tendance à l'utiliser en lui référant les cas de santé mentale ou tout simplement en le consultant lors de questionnements. Ils suggèrent des politiques de santé favorisant ces pratiques tout en limitant la charge de travail afin de faciliter les consultations et les références	Taux de réponse au sondage plutôt bas (51%) mais consistant dans les résultats. De par le taux de réponse, il faut interpréter les résultats avec prudence. L'utilisation de choix de réponse peut représenter un biais car il se peut qu'elle ne représente pas la perception réelle du répondant.
Harkness and Bower (2009) Pays bas	Revue littéraire pour déterminer les effets directs et indirects des interventions réalisés par un ISM dans un service de santé primaire	Revue littéraire (N=42 articles)	L'étude rapporte: diminution de la charge de travail du MO; diminution de l'utilisation de prescription d'antipsychotiques; diminution des coûts associés à ces prescriptions; et une diminution des références hors services.	Effets significatifs quant au type de collaboration nommé le « <i>co-location</i> », entre les MO et les intervenants en santé mentale dont les infirmières : une diminution dans le nombre de consultation, une diminution dans le nombre des prescriptions et une réduction des références vers des spécialistes.	Quoique la magnitude et la constance soit modeste, ces résultats sont à considérer De plus amples recherches sont souhaitées quant aux conditions nécessaires pour un tel changement

Auteurs/lieu de l'étude	But/objectifs	Méthodologie	Points importants	Résultats/ Conclusion	Limites
Heideman et al. (2007) Pays Bas	Déterminer les effets des interventions du programme sur la collaboration ayant été implanté au niveau national et de déterminer les barrières perçues par les MO.	2 sondages auprès des MO réalisés en deux temps (2001 et 2003) N= 2757 MO sélectionné au hasard	Les MO doivent avoir les connaissances et le temps pour effectuer des références. Barrière à la collaboration : pas de prise en charge du client de la part des services de santé mentale, pas de soins partagés, méconnaissance de la structure des services offerts par la santé mentale tout comme de l'offre de services	Les interventions de la part des ISM dans la clinique médicale mènent à une diminution des barrières préalablement perçues et une amélioration de la fréquence des contacts un envers l'autre. La collaboration s'améliore grâce à la collaboration. C'est-à-dire que le fait que l'intervenant soit à proximité et facilement accessible aide à établir le lien de collaboration.	de pratique Les résultats se veulent informatifs en exposant que les interventions ont un effet favorable sur la collaboration entre les divers intervenants impliqués.
Hine et al. (2008) États-Unis	Collecter les recherches afin de ressortir l'historique, le développement et l'implantation des soins intégrés dans les services de 1 ^{ère} ligne	Revue de littérature	Soins intégrés : un ISM intégré dans les services primaires tels que les cliniques médicales. Cette méthode favorise la collaboration entre les ISM et les MO. Les MO sont plus ouverts à travailler avec un ISM qui lui a une vision holistique du patient. Le client qui se présente avec des plaintes somatiques et des traits de dépression et/ou anxiété est pris en charge pour l'ensemble de ses problèmes. Auparavant, il était référé vers un autre service, ce qui amenait chez le client des démarches supplémentaire et entraînait un désintérêt à poursuivre la démarche.	Objectif des soins intégrés : améliorer la détection des TSM; offrir des soins visant les TSM; diminution des références vers les services spécifiques de santé mentale; améliorer l'offre de services au client qui se présente aux services primaires; prévenir les détériorations au plan physique et psychologiques Cette approche demande de la part des intervenants un réajustement et une adaptation. En fait ils doivent apprendre à se connaître (rôles et responsabilités de chacun). Ils doivent aussi s'entendre sur un mode de collaboration afin d'optimiser l'offre de service. Les ISM doivent s'adapter au mode de fonctionnement des cliniques qui est plus rapide sans outrepasser les meilleures pratiques.	Aucune limite indiquée
Horvitz-Lennon et al. (2006)	Discuter des obstacles à l'intégration des soins de santé mentale dans	Discussion	Les clients souffrant de TSM sévères et persistant ont peu d'accès aux services généraux dont ils ont besoin. Ces clients présentent une haute	Obstacles : L'offre de service en santé mentale; système de communication, avoir les ressources en nombre suffisant et ayant les compétences nécessaires,	Aucune limite indiquée

Auteurs/lieu de l'étude	But/objectifs	Méthodologie	Points importants	Résultats/ Conclusion	Limites
États-Unis	les soins physiques et proposer des stratégies pour y remédier		<p>prévalence aux problèmes de santé physique due aux effets secondaires de leurs médications, aux mauvaises habitudes de vie, les difficultés socioéconomiques, et les périodes de désorganisation.</p> <p>Les pré-requis à une bonne intégration clinique des services : communication, collaboration, compréhension et la continuité des soins.</p> <p>Il y a aussi l'intégration au niveau organisationnel (structure qui soutien le changement, déployer les ressources humaines nécessaires) et au niveau financier (incitatifs financier pour les 2 parties)</p>	<p>avoir le financement, avoir des services de qualité.</p> <p>Recommandations : Réorganisation des services de santé mentale, communication et collaboration entre les intervenants, préparer les ressources à offrir des soins coordonnés, éliminer les pratiques non incitatives, renforcer le processus d'accréditation, favoriser la recherche.</p>	
Kathol et al. (2010) États-Unis	Énumérer les défis reliés à l'implantation, la diffusion et le soutien du modèle intégré de soins en santé mentale dans les services de soins primaires	Entrevues semi structurées auprès d'informateurs clés (1 à 3) choisis dans chacun des sites ciblés (11 établissements)	<p>Haut taux de clients de santé mentale dans les cliniques médicales qui ne reçoivent pas les traitements adéquats.</p> <p>Les références vers les services spécialisés augmentent les délais d'attente.</p> <p>Faut effectuer un changement de culture quant à la collaboration et considérer les ISM comme des membres faisant partie de l'équipe multidisciplinaire de la clinique.</p> <p>Ceci exige flexibilité et ouverture de la part de chacun des membres de l'équipe.</p> <p>Le soutien mutuel est primordial, tout comme celui du gestionnaire.</p>	<p>La principale barrière perçue par les MO est le système de rémunération qui est désavantageux compte tenu qu'ils sont rémunérés à l'acte et que les cas de santé mentale prennent plus de temps que les autres cas.</p> <p>Les facteurs aidants : la présence de ressources clés au niveau clinique et administratif qui soutiennent et favorisent le changement de culture, le fait d'être centré sur l'objectif de l'approche, la formation entre intervenants, l'utilisation d'un gestionnaire de cas, le système d'enregistrement de la clientèle, focus sur la population avec diagnostics multiples, coordination d'un travail de colocation dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire</p>	Difficilement transférable vu le petit échantillonnage. Échantillon peu précis.

Auteurs/lieu de l'étude	But/objectifs	Méthodologie	Points importants	Résultats/ Conclusion	Limites
Kirchner et al. (2010) États-Unis	Décrire la planification et l'implantation de modèles de soins intégrés en santé mentale tout en s'assurant de l'engagement des acteurs clés et ce au niveau local et organisationnel.	Étude de cas d'une équipe qui a procédé à l'implantation des soins intégrés dans 10 cliniques. Équipe : administrateurs des services de santé mentale et des services de santé primaires	L'intégration des soins est difficile car elle implique l'intégration de spécialistes, un changement organisationnel ainsi qu'un changement dans l'offre de services. Les éléments clés à considérer pour le changement sont : présence d'un <i>leadership</i> local et organisationnel; culture qui soutient l'apprentissage durant le processus de soins; et avoir une équipe efficiente. Les stratégies du gestionnaire de cas et L'ISM sont : diminution de la fragmentation des soins et l'augmentation de la coordination des soins	Ses étapes : Utiliser des personnes ressources pour assurer le changement favorable Évaluer les résultats et bien planifier le changement. Faire un rappel régulier aux intervenants de maintenir et de favoriser le changement Favoriser la collaboration provenant du bas vers le haut Collaboration participative	Étude contextualisée à un service spécifique donc difficilement transférable dans d'autres milieux de soins. De plus, ils se sont concentré que sur les aspects facilitateurs à l'implantation.
Kolko et al. (2012) États-Unis	Évaluer la faisabilité et les impacts favorables de l'intégration d'intervention de santé mentale en comparaison avec les soins traditionnels chez des enfants ayant des problèmes de comportement.	N=78 clients provenant de 4 cliniques (troubles anxieux, TDAH et trouble d'opposition)	Protocoles établis qui visent l'éducation, le soutien parental et les compétences sociales. Il y a des modules spécifiques au TDAH. Les clients sont vus 12h sur une période de 6 mois par une infirmière qui est soutenue par le psychiatre. De son côté le psycho-éducateur traite les aspects touchant les compétences sociales. Les modules sont adaptés selon les problématiques de soins traités.	C'est une approche favorable et les clients son satisfaits. Les MO soutiennent le modèle et sont enthousiastes à travailler avec un ISM en <i>co-location</i> . Les MO perçoivent quelques barrières, mais ils proposent des solutions pour les paliers. Pour une intégration réussie, il faut penser à bien décrire les protocoles de soins, à établir des modes de communications efficaces et à soutenir les MO tout comme les parents. Il faut aussi baliser les fonctions de l'ISM.	L'échantillon est restreint donc difficilement représentatif de la clientèle en générale. Il manque des données quant aux soins traditionnels. Absence de suivi long terme permettant de bien évaluer les résultats à long terme.
Kutcher et al. (2009) Canada	Présenter les données recensées afin de proposer des changements qui amélioreraient les	Revue systématique	Facteurs qui remettent en question la structure actuelle des services de santé mentale : L'émergence des meilleures pratiques; des modifications dans les champs de	Ils préconisent une restructuration des soins de 1ère ligne dont l'introduction d'un ISM tout en favorisant l'optimisation des compétences des intervenants quant aux TSM.	Manque de données quant au nombre d'articles recensés et leur provenance ce qui entrave la transférabilité

Auteurs/lieu de l'étude	But/objectifs	Méthodologie	Points importants	Résultats/ Conclusion	Limites
	services de santé mentale.		pratiques des professionnels; des modèles de soins intégrés; l'appropriation et imputabilité face aux compétences professionnelles. Une détection précoce peut améliorer la morbidité et rapporter de meilleurs résultats de santé.	Ceci favoriserait l'intégration des services, la qualité des soins et la diminution du stigma tout comme la détection rapide et par conséquent la prévention. Chaque clinique doit avoir des services qui reflètent les réalités et besoin de chacune des communautés. Il faut donc, planifier et consulter les différents acteurs impliqués pour ensuite bien mesurer l'efficacité et l'efficience du modèle développé. Les clients et leurs proches doivent faire partie de la planification, des décisions et de la réalisation des soins. Les procédures de soins doivent donc encourager leur entière participation.	des résultats.
Lester (2005) Londres	Discuter les avantages et barrières d'une approche de soins partagés, expliquer comment les politiques de soins mènent vers ce genre de pratique, discuter d'expériences récentes de soins partagés tout en relevant les difficultés rencontrés par les clients.	Discussion	Soins partagés : c'est une approche holistique Donne accès à l'expertise et la créativité dans la solution de problèmes Le modèle mise sur les forces des 2 parties (ISM et MO). Il donne la possibilité de traiter la personne pour ses problèmes physique et de santé mentale (approche holistique). Barrières identifiées : confusion dans les rôles, les MO ne saisissent pas leur implication auprès des clients avec des TSM. Leurs malaises les mènent à les voir comme des clients difficiles. Peu de MO ont reçu de la formation au cours des 5 dernières années sur les TSM. Manque de communication entre les 2	L'étude encourage le développement de soins partagés en établissant entre autre des protocoles de soins spécifiques à des problématiques cibles. <u>Perception des clients</u> : Ont une plus grande place dans les soins et la prise de décision. Ils apprécient l'approche, la communication entre les intervenants, l'amélioration dans la continuité des soins et la considération des familles <u>Stratégies favorisant l'implantation</u> : Bonne communication, l'engagement des acteurs, la compréhension et le respect des champs de pratique de chacun. Faut assurer la circulation de l'information et voir à diffuser de la formation. Avoir des intervenants qui croient au	Aucune limite mentionnée. Il s'agit d'une discussion donc les résultats sont difficilement transférable.

Auteurs/lieu de l'étude	But/objectifs	Méthodologie	Points importants	Résultats/ Conclusion	Limites
			parties.	projet et qui favorisent le changement.	
Lester et al. (2004) Angleterre	Discuter d'exemples d'approches intégrées et souligner les tensions possibles découlant des changements de pratiques.	Discussion Revue narrative de 650 articles publiés entre 1997 et 2002 et portant sur les soins en santé mentale en Angleterre	Antérieurement les soins de 1 ^{ère} ligne étaient influencés par les services de 2 ^e ligne et principalement par leur vision des soins. Les services primaires doivent offrir des soins de santé mentale car la clientèle s'y présente. Les intervenants des services primaires trouvent difficile de bien dépister les TSM. Le contexte de travail est difficile dans les services de soins primaires : problématiques de santé diverses, temps d'évaluation restreint, continuité difficile ce qui explique leur malaise à traiter les TSM qui eux demandent du temps.	Suggère que les changements doivent être accompagnés de négociations sur leurs conceptualisation des rôles et les responsabilités des intervenants impliqués et sur les façons qu'ils se formeront mutuellement.	Étant une discussion les résultats sont transférables avec précaution. De plus amples recherches seraient nécessaires pour évaluer les recommandations émises.
Magruder and Yeager (2007) États-Unis	Réviser les accomplissements, les nouvelles tendances et les écarts concernant la santé mentale dans les services primaires en Amérique du Nord	Revue littéraire réalisé en Amérique du Nord dans la dernière décennie	Le cadre de référence du <i>Chronic Care Model</i> (CCM) s'applique aux services primaires spécifiquement pour les traitements de dépression qui est d'ailleurs une des problématique les plus vu dans ces services.	<u>Accomplissement</u> : création et adoption de guides cliniques, adoption du cadre de référence du CCM pour le traitement de dépression dans les services primaires, <u>Nouvelles tendances</u> : utilisation d'intervenants autre qu'un médecin pour le traitement de la dépression et l'anxiété; l'utilisation des technologies pour leur traitement; et l'implantation des soins intégrés dans les services primaires Malgré les meilleures pratiques tel que les soins intégrés, leur implantation demeure un grand défi.	Méthodologie et échantillonnage non décrit
Macdonald et al. (2004)	Explorer le processus d'implantation d'ISM afin de comprendre la	Étude de cas avec analyse par thèmes Entrevues	Les éléments clés : Formation des intervenants des services primaires	Rôle de l'ISM : Il fait du <i>oureach</i> ; a des liens avec les services de santé mentale de 1 ^{ère} et 2 ^e	De plus amples recherches sont nécessaires afin

Auteurs/lieu de l'étude	But/objectifs	Méthodologie	Points importants	Résultats/ Conclusion	Limites
Angleterre	structure actuelle, le processus de référence utilisé et les résultats d'une telle approche (avantages et désavantages)	qualitative auprès d'informateurs clés (n=75) provenant de différentes professions et de différents secteurs (1 ^{ère} , 2 ^e et 3 ^e ligne et du secteur communautaire)	<p>La colocation La consultation-liaison</p> <p>L'ISM a un rôle clé dans la réalisation de cette approche. Faut trouver l'équilibre entre les soins directs aux patients et la formation auprès des MO. Son rôle est peu connu et diffère d'une organisation à l'autre.</p>	<p>ligne; il travaille dans la clinique mais est géré par l'équipe de santé mentale de 1^{ère} ligne. Il fait des soins directs auprès des clients et assure le soutien aux MO. Avant d'implanter ce modèle, il faut bien planifier le projet, connaître les besoins des intervenants impliqués, bien définir le rôle de l'ISM et le mode de fonctionnement du service, identifier les buts et objectifs tout comme les perspectives à long terme.</p>	d'examiner le rôle de l'ISM et d'identifier les facteurs facilitant dans le travail de collaboration entre les services primaires et spécialisés ce qui permettrait d'obtenir des résultats favorables pour la clientèle.
McElheran et al. (2004) Canada	Présenter le modèle conceptuel <i>Shared Mental Health Care</i> où le psychiatre et les intervenants en santé mentale collaborent avec les MO dans les suivis et traitements des clients souffrant de TSM.	Démonstration du projet dans un temps restreint En utilisant un sondage Sondage auprès de clients N=143 Revue littérature de 4 modes de collaboration	<p>Objectifs : Améliorer les soins en santé mentale chez les clients consultant les MO</p> <p>Clients qui sont hors hôpital se retrouvent avec des services difficilement accessibles et surchargés, ce qui mène à de longues listes d'attente. Quand finalement ils sont appelés, le service n'est plus approprié à la situation du client car cette dernière a évolué.</p>	<p>On voit une amélioration de l'état de santé avec ce modèle et une plus grande satisfaction quant à leurs soins. Les MO ont l'impression d'avoir de meilleures capacités pour détecter et traiter les TSM. Ils apprécient travailler avec les ISM. L'ISM voit qu'il y a une relation significative entre le patient et son MO. Il y a des résultats favorables chez les clients et un rehaussement de la satisfaction chez les clients, le MO et les ISM. Pour la pérennité du projet, l'ISM doit démontrer de l'ouverture et de la flexibilité quant au fonctionnement propre de la clinique.</p>	Les auteurs croient à la transférabilité de leur étude dans d'autres milieux de santé mentale, mais également dans des milieux de santé physique.
McEvoy and Barnes (2007) Pays bas	Présenter le modèle du <i>Chronic Care Model (CCM)</i> et les impacts favorables pour la clientèle dépressive.	Présentation du CCM et des 3 modèles de soins basés sur le CCM (IMPACT, PROSPECT et	L'attitude des intervenants, les barrières des patients (assiduité au traitement défaillante et stigma) et de l'organisation (difficulté de transport limitant l'accès aux services et manque de coordination entre les intervenants) sont tous des	Le CCM vient encadrer les services pour la clientèle souffrant de TSM. Il y a 3 programmes qui démontrent que lorsque le CCM est adopté, on voit des résultats cliniques favorables : IMPACT, PROSPECT et PEARLS.	Transférabilité difficile vers d'autres pays compte tenu des systèmes de santé distincts. Les programmes cités

Auteurs/lieu de l'étude	But/objectifs	Méthodologie	Points importants	Résultats/ Conclusion	Limites
		PEARLS) Présentation d'une étude de cas	éléments qui empêchent le traitement adéquat de la dépression. Les symptômes physiques qui sont dû à une maladie physique ou étant de la somatisation induit par les troubles dépressifs, sont difficilement distingués et mènent à des traitements inadéquats et à chronicisation de la maladie.	Ils rapportent de meilleurs résultats cliniques, des services plus efficaces et par conséquent moins coûteux.	ont leurs faiblesses qu'il faut considérer. Faut bien organiser ce changement et avoir des liens fonctionnels avec les divers partenaires de soins.
Oxman et al. (2003) États-Unis	Revue littéraire des recherches les plus récentes portant sur les changements organisationnels dans les services de santé primaires pour la clientèle dépressive.	Revue littéraire de 4 essais ayant testé les changements dans l'offre de service pour la clientèle dépressive et plus particulièrement chez la clientèle âgée et se présentant dans les services primaires.	La plupart des clients dépressifs sont traités en 1 ^{ère} ligne et principalement les personnes âgées. Les barrières qui empêchent le traitement adéquat en 1 ^{ère} ligne : manque de temps, focus sur les symptômes au-lieu de l'historique, le mode de rémunération, les difficultés organisationnelles, l'accès restreint aux services spécialisés de santé mentale. Un ISM qui cohabite dans la clinique pallie ces barrières car ils constatent une augmentation de la qualité des soins et de meilleurs résultats cliniques. Ce modèle de soins est efficace lorsqu'il s'appuie sur un cadre tel que le <i>Chronic care Model</i> qui inclue : L'éducation des MO, l'éducation des patients, système d'enregistrement des patients, ISM sur place qui est supervisé par un spécialiste de la SM.	La clientèle plus âgée va davantage vers les services de santé primaires. Les changements organisationnels rapportent de meilleurs résultats cliniques chez les dépressifs. 2 éléments clés dans ces changements : présence d'un gestionnaire de cas qui soutient le MO dans l'éducation, le traitement et le suivi de ces résultats; et la présence d'un spécialiste en santé mentale qui agit comme consultant et collabore avec le MO dans le traitement des cas plus complexes.	Pas de limites mentionnées. Par contre, l'échantillonnage est petit donc difficilement généralisable. La clientèle ciblée concerne que la dépression, il serait intéressant d'étendre vers d'autres types de pathologies.
Pomerantz et al. (2008) États-Unis	Démontrer un exemple d'implantation d'un programme qui améliore l'accès aux services de santé	Étude de cas Comparaisons de données : du nombre de références vers les	L'étude démontre : Offre l'expertise nécessaire en santé mentale pour la clientèle dans un délai rapide. Ils rapportent une amorce de traitement et médication plus rapide. Au-lieu d'utiliser un gestionnaire de cas qui	L'intégration des services de santé mentale dans les services primaires de soins s'est fait en: réaménageant les ressources; introduisant un ISM dans les services primaires; assurant un accès libre pour la clientèle, utilisant des outils	De plus amples recherches sont nécessaires afin de documenter son efficacité et généralisation.

Auteurs/lieu de l'étude	But/objectifs	Méthodologie	Points importants	Résultats/ Conclusion	Limites
	mentale dans les services primaires	services de santé mentale, les délais d'attente et l'efficacité de la clinique	lui fait le lien entre les MO et les services de santé mentale, l'ISM assure la réception du client sur le moment. Ce qui assure de traiter le client au moment opportun et prévenir une détérioration.	électroniques qui mène à une plus grande accessibilité et une amélioration de l'efficacité des intervenants. Cette méthode a intégré des éléments de différents modes de collaboration dont les soins intégrés et la consultation/liaison	
Pomerantz et al. (2010) États-Unis	Décrire le programme <i>Colocated Collaboration Care</i> implanté en 2004 et qui a perduré 6 ans après son implantation	Étude de cas	Il y a amélioration de la qualité des soins et de l'accès lorsqu'il y a un ISM intégré dans les cliniques. L'ISM est un thérapeute, un psychiatre ou une IPS et on rajoute un questionnaire de cas. Ce dernier a une expertise clinique et verra à la gestion des maladies chroniques. Ils rapportent une meilleure assiduité au traitement de la part des clients lorsque tous les services sont sous le même toit.	<u>Fonctionnement</u> : Identification du client (évaluation à l'aide de tests tel que le PHQ9) Évaluation et amorce de traitement (par psychiatre) Suivi (1 semaine post rencontre-offre et de thérapies de groupe au besoin) <u>Avantages</u> : Diminution du stigma; 75% des clients vus sont maintenus dans la communauté; n'entraîne pas de surcharge de travail; le client est soutenu; diminution des annulations de rendez-vous; les intervenants ont l'impression que leur approche est efficace. L'utilisation de la technologie (dossiers électroniques) facilite la consultation et la collaboration	La littérature démontre la fragilité de la pérennité des projets. Dans ce cas-ci, leur méthode fut institutionnalisée et ils sont un modèle de réussite quant à la pérennité du projet. Généralisation difficile vu l'aspect de paiements des services versus assurances qui diffère grandement de notre système Québécois.
Robinson and Strosahl (2009) États-Unis	Réviser 20 ans d'expérience dans le développement et l'implantation du modèle intégrant les services de santé mentale dans les services primaires de soins	Étude exploratoire Font un sommaire de leurs activités et de la recherche de littérature pour analyser les erreurs et leçons apprises. Ceci permet de statuer dans	<u>Dans un but exploratoire ils ont</u> : développé et testé une variété d'approche afin d'introduire un ISM; validé sa faisabilité en la testant dans des milieux spécifiques. <u>Dans un but de dissémination ils ont</u> : revue la littérature concernant les rôles, la qualité des soins, les acteurs clés de cette approche et dans la promotion de celle-ci	Avantages : Le client est vu de façon holistique; augmente la satisfaction des clients et des intervenants; meilleure assiduité aux suivis et traitements. Pour amener le changement, il faut avoir un cadre clair sur l'approche; offrir de la formation aux MO et les ISM sur l'approche; maximiser le travail de collaboration entre eux; connaître les besoins des cliniques visées et des MO;	La limite qui est exposé par les auteurs concerne l'allocation des budgets qui assure de la partie de l'implantation. Souvent ce budget n'est pas renouvelé ce qui met en péril la pérennité du projet et ce malgré la

Auteurs/lieu de l'étude	But/objectifs	Méthodologie	Points importants	Résultats/ Conclusion	Limites
		l'histoire cette évolution, mais aussi de visualiser l'avenir.	<u>Définition du modèle</u> : accès immédiat à un ISM faisant parti intégrante de l'équipe de soins de la clinique. Le fait qu'il y ait un ISM diminue la stigmatisation vécue par la clientèle lorsqu'elle va dans les services spécifiques de santé mentale.	diffuser de la formation sur les TSM pour les MO afin de les outiller à traiter cette clientèle et maximiser leur niveau de confort. Afin d'assurer la dissémination ils ont produit une boîte à outil qui axe sur 3 paramètres d'intégration : le système clinique, le mode de communication et l'impact sur la population	qualité du travail démontré et la volonté des acteurs impliqués.
Sanchez et al. (2010) États-Unis	Mesurer l'étendue de l'intégration des ISM dans les soins de 1 ^{ère} ligne dans les services primaires de soins au Texas, connaître les stratégies utilisées pour l'implantation et les barrières rencontrées.	Sondage auprès de services publics du Texas N=84 intervenants et gestionnaires	Il y a un haut taux de clients de santé mentale dans les soins primaires. Ils favorisent l'approche du <i>Collaborative Care</i> basé sur le cadre de référence du <i>Chronic Care Model</i> L'approche inclue l'ISM, un questionnaire de cas et le MO Ils présentent les 7 éléments de l'approche du <i>Collaborative care</i>	La colocation est une bonne stratégie d'intégration. Différence entre les modes de collaboration de la <i>colocation et le collaborative care</i> . Autres stratégies possibles : Co-traitement des patients Dossier combiné Impliqué un travailleur social Les barrières relevées sont d'ordre organisationnel et financier plutôt que cliniques: manque de formation chez les MO, ressources spécialisées en santé mentale difficile pour combler une telle fonction. Les MO manquent de temps. Même s'ils sont formés ils n'ont que 15 minutes pour voir le client	Le système de rémunération dans les cliniques est une limite. Rémunération à l'acte alors que les clients de santé mentale requièrent plus de temps que les autres clients. L'étude est réalisée au Texas, ce qui limite la transférabilité dans d'autres régions. Échantillonnage petit dont des volontaires ce qui est représente un biais à l'étude.
Snyder et al. (2008) États-Unis	Explorer la faisabilité de donner des soins selon un modèle intégré et de comparer les résultats préliminaires de celui-ci par rapport au modèle	Étude de comparaison N=23 clients recevant des soins selon le modèle intégré ET N=23 clients	Les clients souffrant de TSM sont plus à risques de développer également des troubles physiques.	Résultats mitigés La satisfaction ne diffère pas dans les 2 groupes. Mais l'approche est encouragée car elle s'avère être favorable pour la clientèle de santé mentale car c'est une clientèle qui a multiple besoins physiques et d'exams. Donc le fait que le ISM et MO soient	Petit échantillonnage. De plus amples recherches sont nécessaires afin de mesurer de façon plus rigoureuse les résultats cliniques chez les clients et les coûts

Auteurs/lieu de l'étude	But/objectifs	Méthodologie	Points importants	Résultats/ Conclusion	Limites
	traditionnel	recevant des soins selon le modèle traditionnel		dans les mêmes lieux physiques, facilite les traitements. C'est une clientèle qui a souvent des difficultés à s'organiser ce qui entrave à l'organisation et assiduité aux rendez-vous et traitements de soins.	associés.
Swenson et al. (2008) Canada	Rapporter les besoins recueillis auprès des MO et de résidents provenant de 2 services de soins primaires et ce dans le respect de leurs attitudes, leur croyances, leurs connaissances et leur niveau de confort à traiter la clientèle de santé mentale.	Étude qualitative Questionnaire N=18 MO N= 30 résidents	40% de la clientèle de la clinique souffre de TSM. Barrières à la collaboration : difficultés relationnelles entre MO et psychiatres qui se traduit par une communication pauvre, de long délais pour les consultations, manque de continuités des soins, manque de soutien et manque de reconnaissance face aux suivis qu'ils effectuent. Les psychiatres reprochent des évaluations inadéquates, des références inappropriées ou incomplètes, des attentes irréalistes, ont des réticences face au suivi de leur patient auprès de leur clientèle (doute de leurs capacités).	L'association des psychiatres et le collège des médecins ont démontré les avantages de cette collaboration et le besoin de formation chez les MO. Pour implanter des soins intégrés, soit un ISM dans la clinique il faut : Le développer selon les besoins de la clinique et de la clientèle qui la consulte; Évaluer si le projet répond aux attentes, but et objectifs identifiés initialement.	Manque de MO pouvant accueillir des clients avec des TSM. Le soutien au client offert par le programme pouvait être limité en termes de durée.
Symonds and Parker (2007) Australie	Présenter les avantages d'intégrer les services de santé mentale avec les services primaires	Étude de cas Collecte de donnée (durée= 19 mois) auprès d'une clinique spécifique pour ensuite comparer cette pratique avec des standards nationaux	Vu la réorganisation des services, des rencontres plus longues ont pu être réalisées permettant d'avoir de plus amples informations et permettant de meilleurs suivis thérapeutiques.	Les pratiques de ces cliniques ont dépassé les standards ce qui démontre des résultats favorables. Les barrières de consultation de la part de la clientèle, tel que le stigma et la non assiduité au traitement, a été enrayé par le travail de collaboration entre les MO et les ISM dont le gestionnaire de cas.	Pas de limites indiquées. Étude auprès d'une seule clinique ce qui représente un petit échantillonnage. Il faut donc interpréter les résultats avec précaution.
Tai-Seale et al. (2010) États-Unis	Explorer l'expérience des MO face à l'implantation de l'approche du <i>Collaborative Care</i>	Étude de cas qualitative N=6 MO + N= 10 clients	Les clients se dirigent vers leur MO, mais leurs besoins de santé mentale ne sont pas toujours bien répondus. Le CC est une approche efficace dont le but est d'améliorer les soins de santé	Les raisons limitant l'approche : contrainte de temps pour l'évaluation des clients et le manque de soutien de la part de spécialiste en santé mentale Bilan selon les MO : c'est apprécié, les	Échantillon petit donc difficile de généraliser. Les patients sont surtout des hommes donc introspection plus

Auteurs/lieu de l'étude	But/objectifs	Méthodologie	Points importants	Résultats/ Conclusion	Limites
	(CC)	Questionnaire complété par les MO concernant des informations sur la rencontre effectué avec le patient et où ils décrivent leurs perceptions de cette rencontre et l'influence apportée par l'approche de <i>Collaborative Care</i>	mentale dans les milieux physiques en formant des intervenants afin qu'ils travaillent en étroite collaboration avec les MO et de former ces derniers afin qu'ils soient plus aptes à traiter cette clientèle. Les éléments clés de cette approche : Suivi systématique de la clientèle avec des TSM; coordonner les soins; effectuer des suivis; mesurer les résultats cliniques; consultation entre intervenants impliqués dans le même cas	ISM ne sont pas une menace; ils sentent une plus grande autonomie. Cette méthode prend moins de temps; les clients sont vus rapidement, améliore le suivi, améliore l'assiduité au suivi et au traitement, il y a un meilleur suivi sur les résultats, ils sont mieux informé sur l'état du client. Les ISM soulagent la charge de travail des MO; il y a rehaussement de la satisfaction chez les MO; Toutefois, certains MO hésitent encore à référer à l'ISM.	limité de par leur nature. Manque de temps pour bien former les intervenants. Présence de biais dans la reconstruction des faits si le questionnaire est complété tardivement. L'analyse fut effectuée dans la 1 ^{ère} année d'implantation ce qui n'est pas représentatif des effets à long terme.
Thielke et al. (2007) États-Unis	Décrire comment les soins primaires peuvent adapter leurs services afin d'offrir des soins basés sur des résultats probants	Revue de Littérature	Une intégration efficace des services de santé mentale dans les services primaires de soins requiert un changement systémique et pragmatique qui doit se baser sur les forces des 2 parties. Ils décrivent les conditions nécessaires pour le traitement des clients souffrant de TSM dans les services primaires. Les interventions améliorant l'offre de service dans les soins primaires se basent sur le <i>Chronic Care Model</i> . Ils décrivent le rôle spécifique du gestionnaire de cas adapté à la santé mentale.	Évidence dans la littérature que la meilleure méthode pour traiter cette clientèle dans les services primaire est le <i>Collaborative Care</i> . Cette méthode est pragmatique et applique les principes du <i>CCM</i> : établir et soutenir une communication efficace, collaboration entre les 2 parties et la présence d'un gestionnaire de cas qui facilitera cette collaboration, soutien au diagnostique et l'évaluation et suivi des résultats cliniques, réajustement du traitement basé sur des résultats souhaités (soins par étape).	Ils ne mentionnent pas le nombre d'articles analysés. Selon les auteurs malgré l'évidence de l'efficacité de cette approche, il demeure encore peu clair ce qui fonctionne réellement dans cette méthode. De plus amples recherches doivent être effectuées. Surtout quant à son adaptabilité à d'autres champs de pratique que les soins chroniques.
van Orden, Hoffman, Haffmans, Spinhoven, and Hoencamp	Comparer l'efficacité des traitements des TSM dans un programme de <i>Collaborative Care</i>	Essaie randomisé N= 27 MO répartis de façon aléatoire 14 pour traiter des patients avec les	Ils s'attendaient à ce que les soins de CC soit aussi bon ou meilleurs que les soins traditionnels. Le fait que les interventions aient été prodiguées par des intervenants	Le CC est aussi efficace que les soins adoptant les modes de collaboration habituels (référence) quant à la pathologie. Par contre, il est plus efficient quant au délai de référence,	C'est le 1 ^{er} essai randomisé comparant les soins de collaboration avec les soins traditionnels.

Auteurs/lieu de l'étude	But/objectifs	Méthodologie	Points importants	Résultats/ Conclusion	Limites
(2009) Pays bas	(CC) dans les services de soins primaires en comparaison avec les soins traditionnels où les clients étaient référés vers les services spécifiques de santé mentale	services de collaborative care et 13 avec les soins plus traditionnels N= 165 clients	spécialisés en santé mentale fait en sorte que les résultats sont comparables.	durée de traitement, le nombre de rendez-vous et les coûts associés.	Biais : 65% des MO travaillaient déjà avec le CC avant l'étude. Les résultats peuvent être généralisables vers d'autres pays ayant des systèmes de santé similaires.
Walker and Collins (2009) États-Unis	Décrire des stratégies afin d'implanter le modèle de soins intégrés	Étude de cas Objectif : Illustrer une étude cas en parallèle avec les stratégies proposées	Patients vont dans les services primaires car c'est moins stigmatisant. Devons s'intéresser à un modèle de soins intégrés car la clientèle se présente dans ces services. Difficile d'uniformiser une pratique de par les réalités distinctes de chaque milieu, de la structure organisationnelle et des caractéristiques de la population du territoire. <u>Rôle de l'ISM</u> : collecte de donnée, identifier les besoins prioritaires, faire un plan de soins avec le client, psychoéducation, effectuer des références vers des spécialistes ou services spécifiques si nécessaire, faire le suivi auprès du MO	<u>Quatre étapes pour faciliter l'implantation</u> : Analyser la situation et établir des liens de confiance Établir des buts communs Identifier les barrières possibles et trouver ensembles des stratégies pour mieux les gérer Prévoir une bonne planification, tester les résultats et réviser le plan établi initialement (se réajuster au besoin) <u>Avantages de cette approche</u> : Permet d'assurer un meilleur suivi, le client est vu rapidement, le MO est plus efficace, les MO ont réponse à leurs questionnements plus rapidement. Ils sont donc mieux formés.	Limite de temps pour discuter de la planification du projet. Limites administratives (manque de ressources et de locaux).
Watts, Shiner, Pomerantz, Stender, and Weeks (2007) États-Unis	Examiner l'efficacité, la qualité et l'accessibilité des soins dans un service de soins intégré	Étude qualitative avant-après N= 134 clients recevant des soins traditionnels N= 136 clients recevant des soins selon l'approche de soins intégrés	C'est une approche qui améliore les résultats de soins chez les cas de dépression entre autre. Tout client vu dans la clinique passe un test de dépistage de dépression (PHQ-9) et d'anxiété (Beck-anxiété) et une évaluation biopsychosociale pour ensuite établir un plan de soins.	Les résultats rapportent un meilleur dépistage des troubles dépressifs et certains troubles associés. Il y a diminution de la liste d'attente ce qui favorise l'accès aux services. Il y a aussi une amélioration de la qualité de soins.	Les clients ne sont pas tous aptes à reconnaître les traitements associés. L'analyse s'est fait que sur 2 mois et dans 1 seul milieu. Ce qui rend l'étude difficilement

Auteurs/lieu de l'étude	But/objectifs	Méthodologie	Points importants	Résultats/ Conclusion	Limites
Westheimer et al. (2008) États-Unis	Examiner les expériences d'intervenants en 1 ^{ère} ligne qui sont intégrés dans un service primaire	Étude qualitative Sondage N=10 intervenants Recueil des perceptions quant aux habiletés de leurs collègues pour traiter les clients souffrant de TSM	Niveau d'intégration selon Blount (2003) : Coordination (référence aux experts); <i>Colocation</i> (intervenants dans les mêmes lieux physiques mais offrant des services spécifiques à leur champ de pratique); Soins intégrés (1 plan de soins contenant l'ensemble des soins physiques et santé mentale).	Le sondage rapporte que les MO ont peu de formation et d'habiletés pour dépister les TSM et assurer leur traitement. Avec cette nouvelle approche, il y a amélioration des habiletés des MO. Les clients acceptent facilement d'être vus par un ISM	généralisable. Petit échantillon, donc la transférabilité des données devrait se faire avec prudence. Basé sur des données subjectives uniquement. Une analyse des perceptions pré et post intégration d'un ISM serait judicieuse.
Williams, Shore, and Foy (2006) États-Unis	Décrire les modèles de pratique en Caroline du Nord où des ISM cohabitent avec des pédiatres dans des services primaires. En plus de proposer un guide pratique, ils veulent démontrer comment l' <i>advocacy</i> des MO peut avoir un impact sur le succès du modèle de cohabitation.	Étude de cas Rencontre avec le MO, ISM et gestionnaire de 3 milieux qui ont 3 modèles de soins distincts intégrant un ISM.	Avoir un ISM qui cohabite avec les MO est propice pour la clientèle qui a des comorbidités physiques car du coup elle est traitée pour l'ensemble des problèmes. Il y a moins de consultations de la part de ces utilisateurs qui se dirigeaient vers divers services vu la multitude de problèmes de santé. Les MO ne réfèrent plus aux spécialistes compte tenu qu'ils ont un ISM à proximité. Ce qui entraîne une diminution de coûts. Il y a aussi une diminution du stigma chez la clientèle. Il y a une meilleure communication entre intervenants et un transfert de connaissances. Leur cadre est le <i>Chronic care model</i> .	Il y a 3 modèles utilisés : Dans les 3 modèles il y a une meilleure communication entre les intervenants ce qui améliore aussi la qualité des soins; un plus grand confort chez les MO lors de l'émission de diagnostics; un transfert de connaissances; amélioration de l'efficacité de la clinique car les clients souffrant de TSM sont vus par l'ISM et que le MO se retrouve avec plus de temps pour voir davantage de clients; diminution du stigma; et amélioration des suivis de la clientèle. Avant d'établir un mode de fonctionnement, il faut explorer l'aspect unique du milieu visé soit : la population visée, les caractéristiques des intervenants et les paramètres de la pratique	Difficilement généralisable car les contextes socio-économiques diffèrent d'un endroit à l'autre.
Williams and Manning (2008) États-Unis	Discuter de l'utilisation de modèles de soins intégrés, dont le	Discussion	La santé mentale et physique est inter-reliée et difficilement dissociable. Les meilleurs modèles de soins intégrés sont ceux basé sur le CCM.	Les troubles bipolaires sont des maladies complexes qui impliquent des soins holistiques. Il faut donc avoir des intervenant qualifiés et ayant la capacité	Ils espèrent la dissémination. Transférable à d'autres maladies.

Auteurs/lieu de l'étude	But/objectifs	Méthodologie	Points importants	Résultats/ Conclusion	Limites
	<i>Collaborative care</i> , dans le traitement des troubles de bipolarité		<p><i>Collaborative care</i> :</p> <p>Ce modèle ajoute des nouveaux outils cliniques et informatiques, une plus grande collaboration entre les 2 parties et l'implication d'un gestionnaire de cas qui est un spécialiste en SM et qui soutient les soins du client.</p> <p>Implique le partage de buts et objectifs communs, une communication efficace et des prises de décisions partagées.</p>	<p>de détecter autant les problématiques physiques que psychologiques pour bien traiter cette clientèle. Ces traitements étant sous la responsabilité partagée des MO (soins physiques) et des ISM (soins santé mentale) amènent de meilleurs résultats cliniques.</p> <p>Cette étude a mené à la création de STABLE (standards de qualité pour les soins chez les bipolaires) qui vise la détection du risque suicidaire, des problèmes de dépendance, du syndrome métabolique et des effets extrapyramidaux.</p>	
Zeiss and Karlin (2008) États-Unis	Évaluer l'impact de l'introduction d'un ISM dans une clinique et s'ils détectent davantage de clients souffrant de TSM sur une période d'année financière par rapport à des cliniques n'ayant pas d'ISM	Comparaison de 2 groupes N=153 N=141	L'ISM permet de meilleurs résultats cliniques chez les gens étant dépressifs. Il y a un meilleur dépistage.	Il y a une plus grande détection des troubles de santé mentale là où il y a un ISM	Transférabilité est difficile vers d'autres milieux dont le secteur privé. La poursuite du développement et de l'évaluation des soins intégrés sont à envisager.

Auteurs/lieu de l'étude	But/objectifs	Méthodologie	Points importants	Résultats/ Conclusion	Limites
Zivin et al. (2010) États-Unis	Évaluer la prévalence des diagnostics de santé mentale dans les services de soins primaires ayant des services de santé mentale intégrés	Étude comparative N= 294 unités traitant des vétérans 137 ayant des services intégrés 157 sans les services intégrés	Peu d'études portant sur la prévalence des diagnostics. But des soins intégrés : améliorer l'accès et traiter les clients de santé mentale qui se présentent aux services primaires. Selon certaines études, les personnes âgées sont sous diagnostiqués, ils veulent donc évaluer si les soins intégrés améliorent la détection des TSM chez cette clientèle. Certaines études rapportent que les femmes sont sous diagnostiquées en lien avec les problèmes d'alcool.	Augmentation de la prévalence des diagnostics de dépression, anxiété, choc post traumatique, problèmes d'alcool dans les services intégrés. Les résultats de l'étude concernant les minorités et les personnes âgées ne sont pas uniformes, d'autres recherches sont requises. On voit donc une détection plus accrue des TSM	Risque de pertes de données car entrée de données non uniformes. Délais de l'étude restreint pour permettre la généralisation. Aucune donnée ne permet de s'assurer que l'intervenant ait fonctionné selon les soins intégrés.