

« Santé mentale en première ligne »

Marie-Josée Fleury

Santé mentale au Québec, vol. 34, n° 1, 2009, p. 19-34.

Pour citer ce document, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/029757ar>

DOI: 10.7202/029757ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org



Éditorial

Santé mentale en première ligne

Marie-Josée Fleury*

Devant l'accroissement de la demande des soins en santé mentale et le contexte de crise économique, les systèmes de santé sont contraints de se réformer. La consolidation des soins primaires¹ et l'intégration du dispositif sociosanitaire sont privilégiées pour assurer l'efficacité de l'organisation de la prestation des soins et des services. Il est maintenant établi que les pays qui ont un système de soins primaires efficace ont généralement une population en meilleure santé (Starfield, 1998, 2005). De même, les systèmes intégrés de santé sont associés à une meilleure qualité et à une satisfaction plus grande des services, et ce particulièrement pour les clientèles qui présentent des problèmes chroniques ou complexes de santé (Leatt et al., 2000; Joubert et al., 2001).

L'Organisation mondiale de la santé a inscrit ses orientations dans cette perspective afin de privilégier la mise en place de systèmes forts de soins primaires de santé mentale bien harmonisés aux soins spécialisés (WHO/WONCA, 2008).

Au Canada, le rapport du comité sénatorial (Kirby, 2006) recommande l'implantation d'un système qui est axé sur les capacités de rétablissement des personnes et qui repose sur trois piliers : 1) l'accès à une gamme diversifiée de services afin de mieux répondre aux besoins, 2) la dispensation de ces services dans la communauté et 3) leur intégration dans un but de continuité des soins.

Au Québec, les réformes du système sociosanitaire et de santé mentale priorisent les mêmes axes de transformation. Le projet de loi 83

* Ph.D., Professeur adjoint, Département de psychiatrie, Université McGill, Chercheure boursière IRSC, Centre de recherche du Douglas, Institut Universitaire en santé mentale.

Remerciements

L'auteure désire remercier le Dr Jean-Bernard Trudeau, directeur des services professionnels et hospitaliers au Douglas, Institut universitaire en santé mentale, pour son soutien à la planification de ce numéro. Aussi un grand merci à la Direction de la santé mentale du MSSS pour son soutien à la diffusion de ce numéro, spécifiquement le Dr André Delorme et M. Jacques L. Rhéaume.

(MSSS, 2005) a créé 95 réseaux locaux de services qui se structurent autour des principes de la responsabilité populationnelle et de la hiérarchisation des soins. Dans les réseaux locaux, les dispensateurs de services, coordonnés par les Centres de santé et des services sociaux (CSSS), sont appelés à mettre en place des projets cliniques et organisationnels pour les différents programmes et services dont ceux en santé mentale. Le *Plan d'action en santé mentale* (MSSS, 2005a), qui s'inscrit dans cette restructuration d'ensemble du système sociosanitaire, vise la consolidation d'équipes de santé mentale de première ligne dans les CSSS (mission CLSC), une meilleure prise en charge de la santé mentale par les omnipraticiens et le déploiement de soins partagés. Ces derniers sont des modèles d'organisation de services qui visent à optimiser la coordination des services entre les omnipraticiens, les psychiatres et les équipes multidisciplinaires de santé mentale qui sont déployés dans la communauté.

Les omnipraticiens, qui sont la porte d'entrée des services de santé, se retrouvent au cœur de cette réforme et sont donc particulièrement mobilisés. Au cours d'une année, 75 à 80 % de la population consultent un omnipraticien (Keks et al., 2001 ; Watson et al., 2005). Vingt à 25 % des consultations médicales seraient reliées à des troubles mentaux dont la dépression et l'anxiété sont les plus prévalents (Walters et al., 2008 ; Fleury et al., 2008). Les problèmes de santé mentale comportent aussi des enjeux publics importants. Leur prévalence, estimée entre 13 et 30 % par année selon les troubles et leur compilation, est en croissance (WHO, 2004). Les coûts associés en termes d'utilisation des services, de perte de productivité, de fardeau pour les familles et de morbidité et de mortalité sont majeurs. Ainsi, l'OMS (2001) estime que la santé mentale constitue la deuxième cause de morbidité dans le monde après les maladies cardiovasculaires. Au Canada, Stephens et Joubert (2001) rapportent des coûts de 14,4 millions de dollars liés à la santé mentale pour l'année 1998.

Sur l'ensemble des personnes qui ont consulté un professionnel pour un problème de santé mentale au Canada en 2002, 45 % ont choisi un omnipraticien alors que seulement 25 % ont opté pour un psychiatre (Gagné, 2005). Au Québec, les omnipraticiens traiteraient en moyenne trois fois plus de personnes qui souffrent de troubles mentaux que les psychiatres (Wallot et Yale, 2005). La prise en charge des troubles de santé mentale par les omnipraticiens est plus importante en milieu rural et en région éloignée où l'on observe une absence de soins spécialisés et surspécialisés. En 2003, 44 % des psychiatres exercent dans la région de Montréal (Lafleur, 2003) malgré que s'y trouve seulement le tiers de la

population québécoise. La proximité, l'accessibilité, la stigmatisation et la prise en charge des problèmes physiques favoriseraient l'utilisation des soins de santé primaires par les personnes qui souffrent de troubles mentaux (Rothman et Wagner, 2003). Il faut rappeler que 20 à 50 % des personnes avec des problèmes de santé mentale présentent aussi des troubles de santé physique ou de dépendance (Schmitz et al., 2007; Fleury et al., 2008). Au Québec, après les omnipraticiens, les psychologues constituent la deuxième catégorie de dispensateurs la plus consultée (Lesage et al., 2006). Ceux-ci seraient deux fois plus consultés qu'aillieurs au Canada — étant aussi au moins deux fois plus nombreux que dans les autres provinces. Enfin, malgré l'impact majeur des troubles mentaux, moins de la moitié des personnes qui en souffrent utilise les services de santé (Lesage et al., 2006). Dans le contexte actuel de pénurie de médecins de famille, l'accès à des soins d'un omnipraticien pour les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves est particulièrement lacunaire (Fleury et al., 2008). Dans le cadre des soins partagés promus par la réforme en cours, les omnipraticiens sont néanmoins de plus en plus sollicités pour la prise en charge de cette clientèle.

La notion de soins primaires en santé mentale

Starfield et al. (2005) ont défini les soins primaires comme « the provision of first contact, person-focused ongoing care over time that meets the health-related needs of people, referring only those too uncommon to maintain competence, and coordinated care when people receive services at other level of care ». Les soins primaires de santé mentale sont pour leur part présentés par *The Health Evidence Network* (HEN)² comme un modèle de soins et de services équilibrés (balanced care model) qui met l'accent sur la prestation de services dans un milieu communautaire normalisant et à proximité de la population desservie. Les hospitalisations sont les plus brèves possible, accessibles et seulement lorsqu'elles s'avèrent nécessaires (Imboua, 2008). À l'heure actuelle, il n'existe pas de consensus sur une définition des soins primaires (Doggett, 2007) et plus particulièrement les soins primaires en santé mentale. Toutefois, nombre d'auteurs s'entendent sur certains aspects de ces soins. Ceux-ci devraient être dispensés le plus possible dans la communauté (par opposition aux soins hospitaliers) par des ressources les plus efficaces et moins spécialisées pour répondre le plus adéquatement aux besoins. Les ressources mobilisées mettent l'accent sur la santé populationnelle qui rejoint la majorité de la population et favorise l'accès et la continuité aux soins. Ces services incluent la prévention/promotion, la détection, le traitement et le suivi ainsi que l'auto-gestion des soins (WHO/WONCA, 2008).

Les omnipraticiens sont généralement les premiers prestataires des soins, mais les services dispensés en CSSS — mission CLSC, les psychologues en cabinet privé, les organismes communautaires, les ressources d'hébergement et les pharmacies communautaires constituent aussi des acteurs clés du dispositif de soins.

Les personnes qui présentent des troubles mentaux graves (stabilisés) sont venues s'ajouter récemment aux types de clientèles et ont été intégrées à une dispensation de soins de première ligne (Crews et al., 1998, WHO/WONCA, 2008). La *Politique de santé mentale* (MSSS, 1989) avait priorisé la distribution des services dans la communauté pour cette clientèle (cliniques externes des hôpitaux, etc.), mais ce n'est qu'avec le *Plan d'action en santé mentale* (MSSS, 2005a) que les omnipraticiens et les équipes de santé mentale en CSSS (mission CLSC) ont été étroitement associés au dispositif de soins.

Modèles d'organisation et effets associés

Plusieurs modèles d'organisation qui permettent de coordonner les services généraux et spécialisés en santé mentale et qui se distinguent par la densité des liens entre les prestataires de soins de santé mentale et les omnipraticiens, les types et la durée des services offerts (Craven et Bland, 2002), le niveau d'intégration de l'ensemble du dispositif de soins dans un réseau local, ont été examinés (Fleury 2005, 2006; Lamarche et al., 2003). Les soins partagés ou de collaboration sont généralement associés à l'un ou l'autre des modèles suivants (Craven et Bland, 2002). Le modèle du virage ambulatoire (*shift outpatient model*) correspond davantage à l'ancien paradigme de dispensation des soins où les équipes spécialisées travaillent dans la communauté (en clinique externe) plutôt qu'en milieu hospitalier. Deux autres modèles sont davantage associés au courant actuel de réforme. Le modèle de coordination/consultation (*consultation-liaison model*) correspond à celui privilégié par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) avec la fonction de psychiatre répondant ou consultant. Le psychiatre, aidé ou non d'une équipe multidisciplinaire spécialisée, est étroitement associé à un groupe d'omnipraticiens, et soutient ces derniers dans la dispensation de soins de santé mentale par différentes stratégies (visite sur place, rencontre avec le patient ou l'omnipraticien ou avec l'équipe de soins, ligne téléphonique ou courriel facilitant l'accès du psychiatre et de l'équipe spécialisée, etc.) (Gask et al., 1997). Dans le modèle accompagnement/liaison (*attachement model*), un ou plusieurs professionnels en santé mentale sont intégrés pleinement à l'équipe de soins primaires.

Le modèle de soins chroniques de Wagner (2007) (*chronic care model*) est aussi associé aux bonnes pratiques, particulièrement pour les soins des troubles courants de santé mentale comme l'anxiété et la dépression, mais aussi pour la dépression majeure. Ce modèle rassemble des composantes clés qui doivent être déployées pour optimiser les soins des patients aux prises avec des problèmes chroniques de santé (Kates et March, 2007). D'autres modèles sont conçus pour une clientèle spécifique (enfants et adolescents) tels que le *Patient-centered medical home approach* (Pediatrics, 2003); les personnes âgées (Joseph et al., 1995; Oxman, 1996) ou pour les soins en région rurale (Kaufmann, 1993). Les réseaux intégrés de services (RIS) constituent un autre modèle qui vise une restructuration globale du dispositif de soins; ce modèle associe l'ensemble des intervenants et des organisations qui distribuent des services à une clientèle sur un territoire (RSMQ, 2002; Fleury, 2005, 2006). Ce modèle a été au centre de la restructuration des services pour les personnes avec des troubles mentaux graves du premier *Plan d'action en santé mentale* (MSSS, 1998; Fleury et al., 2004) et est au cœur des bonnes pratiques mises en place pour les soins des personnes âgées en perte d'autonomie (voir article de Demers et Tourigny dans ce numéro).

Ces divers modèles ne sont pas incompatibles et peuvent très bien être combinés (Mitchell, 1985; Craven et Bland, 2002). Tous ces modèles illustrent différentes approches d'organisation de services qui visent : 1) à accroître les compétences des omnipraticiens en santé mentale ; 2) à renforcer le support et la coordination entre les omnipraticiens et les services spécialisés en santé mentale ; 3) à intégrer ces services dans les milieux de soins de première ligne dans le but de faciliter et d'augmenter la prise en charge par les omnipraticiens ; ou 4) à transférer la clientèle avec des troubles courants ou graves de santé mentale vers les services spécialisés pour une courte période ou à long terme. Les modèles de soins partagés ou de collaboration seraient en outre plus économiques (Goldberg et al., 1996; Katon et al., 1997) ou du moins pas davantage dispendieux (Meadows, 1998) que les modèles traditionnels. Les principales sources d'économie invoquées sont la réduction des réadmissions à l'hôpital, l'élimination de consultations inutiles de suivi, l'accroissement de l'efficacité du traitement pour certains diagnostics et le remplacement de ressources spécialisés par des services communautaires (Craven et Bland, 2006).

La majorité des études qui s'intéressent aux meilleures pratiques de collaboration en santé mentale ont abordé la dépression (Craven et Bland, 2006). Elles confirment qu'un partage des soins apporte des

bénéfices supérieurs à une intervention d'un seul professionnel (Katon et al., 1999 ; Hunkeler et al., 2000 ; Katzelnick et al., 2000 ; Walker et al., 2000 ; Hedrick et al., 2003). Les patients avec une dépression majeure répondraient le mieux aux interventions axées sur la collaboration (Katon et al., 1995 ; 1996 ; Peveler et al., 1999 ; Swindle et al., 2003). Bien que les études soient encore peu nombreuses (Craven et Bland, 2006), des résultats probants ont aussi été signalés pour les troubles graves de santé mentale. Gater et al. (1997) ont comparé les coûts et la qualité des soins de deux cohortes de patients schizophrènes, l'une utilisant un nouveau service de santé mentale basé sur les soins intégrés de santé primaire, l'autre, les services traditionnels hospitaliers. Leur étude a démontré que les besoins identifiés par les patients en soins intégrés de santé primaire étaient davantage comblés. Druss et al. (2001) ont constaté que les patients d'une clinique de médecine générale située dans un édifice adjacent à une clinique de santé mentale rapportaient moins de problèmes reliés à la continuité des soins, un meilleur état de santé physique et étaient moins susceptibles d'avoir recours à l'urgence durant l'année suivant la référence. Cook et Howe (2003) ont étudié l'impact des soins d'une équipe de santé primaire qui inclut un ergothérapeute, un gestionnaire de cas et un agent de liaison, sur un groupe de patients avec des troubles mentaux graves. Une nette amélioration du fonctionnement social des patients a été constatée après douze mois.

Enjeux d'implantation

Dans une recension exhaustive des études sur les soins partagés, Craven et Bland (2006) ont fait ressortir trois conditions de succès : 1) une collaboration qui repose sur des relations cliniques déjà établies ; 2) des directives (ou protocoles) jumelés au traitement de troubles particuliers ; et 3) une restructuration des services, la collaboration seule n'entraînant pas des changements durables des connaissances des omnipraticiens. De bonnes interventions peuvent aussi échouer à cause d'une mauvaise mise en œuvre de la collaboration (Burns et al., 1998 ; Swindle et al., 2003 ; Craven et Bland, 2006 ; Fleury, 2005, 2006). Le degré de ralliement du personnel, le leadership institutionnel, le contrôle du rendement ou le soutien du politique aux modèles de collaboration sont autant de facteurs clés qui déterminent le succès ou l'échec de la collaboration (Mildred et al., 2000 ; Emmanuel et al., 2002). La mise en place de soins partagés demande aussi de la préparation, du temps, des structures de soutien et un financement approprié (Byng et al., 2004). La collaboration serait davantage développée lorsque les intervenants des soins primaires et les spécialistes de la santé mentale se retrouvent dans un même emplacement ou du moins, à proximité (Bray et Rogers, 1995 ;

Bartels et al., 2004). Elle serait aussi plus propice à se développer sous un mode de financement par capitation (Goldberg, 1999 ; Lamarche et al., 2003). Étant donné que l'obtention de bons résultats nécessite l'implication des patients, les préférences de ces derniers quant aux soins dispensés doivent aussi être prises en considération (Craven et Bland, 2006).

La littérature sur l'intégration des services (Hoge et al., 1994, 1997 ; Bachrach, 1996a, 1996b ; Mechanic et al., 1995 ; Lamarche et al., 2003 ; Fleury, 2005, 2006 ; Fleury et al., 2004, 2007) insiste également sur l'importance du développement de stratégies qui favorisent le travail en collaboration, l'arrimage des services ou le suivi de la clientèle, particulièrement celles aux prises avec des problèmes graves ou chroniques de santé. Ces stratégies sont notamment : 1) la fonction de gestionnaires de cas qui assument la coordination des services ; 2) les agents de liaison qui assurent le relais d'information entre les ressources ; 3) la pratique du suivi dans la communauté, d'intensité variable et qui peut impliquer plusieurs organisations ou le suivi systématique des clientèles ; 4) les plans de services individualisés, élaborés en partenariat (intervenants de plusieurs organisations, personne utilisatrice et proches) ; 5) la formation de base ou continue interprofessionnelle et interorganisationnelle ; 6) les grilles communes et standardisées d'évaluation des besoins ; 7) les dossiers cliniques informatisés ou de gestion ; 8) les systèmes d'aide à la décision (dépistage, diagnostic, traitement) ; 9) les guides de bonnes pratiques et les soins par étapes (notamment pour la dépression, la pharmacothérapie associée à la psychothérapie cognitivo-comportementale et un suivi minimal par année) ; 10) l'intervention précoce, l'éducation du patient ainsi que l'autogestion des soins, etc.

De nombreux obstacles à la mise en place de soins partagés ou de collaboration ont aussi été soulignés : pénurie des ressources, rémunération déficiente, difficultés de communication entre soins primaires et spécialisés, problèmes d'accès aux soins psychiatriques, discontinuité des soins, confusion des rôles et des responsabilités, manque de leadership et objectifs organisationnels ou professionnels différents, cadres d'exercices qui n'encouragent pas le travail interdisciplinaire et l'intégration des services, stigmatisation, approches thérapeutiques différentes et croyances selon lesquelles les omnipraticiens et les psychiatres desservent des clientèles très différentes, etc. (Bindman et al., 1997 ; Kates et al., 1997 ; Lipkin, 1997 ; Lang et al., 1997 ; Herrman et al., 2002 ; Yung et al., 2005). Par ailleurs, malgré les intentions en faveur de restructuration plus efficiente, l'absence de conscience historique face aux réformes précédentes (apprendre des succès du passé) et le

manque de soutien à l'implantation des changements freinent la mise en place des réformes. Une culture lacunaire envers le changement, l'innovation et la performance, et un militantisme envers la défense des positions et des intérêts acquis entravent aussi les réformes en cours (Fleury et al., 2007). Comme déjà signalé, malgré la prévalence élevée des troubles mentaux, les personnes qui en souffrent n'utilisent pas suffisamment les services de santé. De plus, les psychologues en cabinet privé et d'autres ressources comme les services en toxicomanie ne seraient pas assez intégrés aux services de santé mentale. Enfin, les compétences des omnipraticiens de détecter, diagnostiquer et traiter adéquatement les troubles mentaux ont été critiquées (Walters et al., 2008 ; Fournier et al., 2008).

Enfin pour soutenir les réformes, la littérature souligne l'importance de développer les conditions politiques, systémiques, organisationnelles, professionnelles et les pratiques cliniques appropriées. Des stratégies d'intervention à composantes multiples doivent être priorisées pour optimiser les soins à la clientèle, particulièrement celles qui présentent des problèmes chroniques ou complexes de santé (Williams et al., 2007 ; Fournier et al., 2007). Les professionnels sont de plus en plus appelés à travailler en équipes interdisciplinaires et à interagir dans des « réseaux apprenants » (Trudeau et al., 2007). L'imbrication des troubles mentaux et de santé physique et l'importance de hiérarchiser les soins en fonction de la complexité des problèmes exigent de revoir les pratiques.

Brève présentation du numéro

Ce numéro consacré aux soins primaires de santé mentale présente à la fois des articles de chercheurs, de cliniciens et de décideurs. Il vise un public académique et lié aux domaines de la gestion et de la clinique. Il contient des articles sur la réforme en cours, l'organisation des services et les bonnes pratiques cliniques et d'optimisation des soins. Il se structure en deux parties qui rassemblent quinze articles. La première partie présente des articles de recherche ; la deuxième est surtout constituée d'articles plus brefs de décideurs et de cliniciens.

La première partie débute par un article qui trace les grandes lignes de la réforme en cours (CSSS) et les enjeux de l'organisation des services de première ligne. Le deuxième examine les pratiques cliniques et de collaboration des médecins omnipraticiens qui constituent la porte d'accès aux soins primaires. Un troisième article tente d'identifier les meilleurs traitements pour la dépression majeure qui est l'un des troubles mentaux les plus diagnostiqués et les plus traités en première

ligne. Avec les CSSS et les médecins omnipraticiens, les organismes communautaires sont des partenaires incontournables des services de première ligne en santé mentale. Le quatrième article trace ainsi un portrait de l'ensemble des organismes communautaires au Québec et discute de la dynamique partenariale de ces derniers avec le réseau public. Dans le *Plan d'action en santé mentale* (MSSS, 2005), l'organisation des services aux jeunes est identifiée comme prioritaire. Le cinquième article discute des soins concertés en santé mentale pour cette clientèle. Il intègre également une perspective multiculturelle, traitant de la question de l'adéquation des soins pour cette population. Enfin, le dernier article se consacre à la « formation croisée » des professionnels de la santé. Cette dernière est au cœur des enjeux de la transformation des pratiques et de l'organisation des services et les auteurs abordent cette thématique dans une perspective de mise en réseau intégré de services.

La deuxième partie débute par un article qui s'interroge sur l'efficacité des omnipraticiens à détecter et à diagnostiquer les troubles de santé mentale. Les auteurs confrontent les résultats tirés des banques de données administratives de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) aux données populationnelles sur l'utilisation des services de santé. Un deuxième article, basé aussi en partie sur l'analyse des banques de données de la RAMQ, s'intéresse aux rôles des omnipraticiens, mais cette fois, dans la détection et le traitement des troubles psychotiques. La réforme en cours amène les omnipraticiens à prendre davantage en charge les troubles de santé mentale. Pour la réussite de cette réforme, des conditions gagnantes doivent être mises en place. Le troisième article présente les négociations de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) avec le MSSS et leur impact sur les soins. Les deux articles qui suivent portent sur le déploiement de bonnes pratiques cliniques pour le traitement de troubles complexes de santé mentale, le trouble panique avec agoraphobie, le trouble d'anxiété sociale et les troubles de personnalité. Des modèles d'intervention sont proposés pour améliorer les services à ces clientèles.

Les trois derniers articles de ce numéro spécial s'intéressent à l'exposition de modèles d'intervention pour optimiser la dispensation des services en réseau : le premier présente un modèle de soins partagés dans le contexte québécois ; le deuxième une expérience de soins partagés en France. Enfin, le dernier article discute du modèle d'intégration des services aux aînés en perte d'autonomie. Ce modèle est exemplaire en terme d'intégration des services de santé et particulièrement intéressant pour l'organisation des réseaux de santé mentale.

Enfin, l'ensemble de ce dossier vise à soutenir la prise de décision dans le cadre des réformes en cours et à alimenter la réflexion sur l'organisation optimale du dispositif de soins dans le contexte actuel d'implantation du *Plan d'action en santé mentale* (MSSS, 2005). Nous espérons que ce dossier favorisera l'évolution des connaissances et l'amélioration du système de soins primaires de santé mentale. Bonne lecture !

Notes

1. Les termes « soins primaires » et services « de première ligne » sont employés indifféremment dans cet article.
2. Le réseau HEN, coordonné par le bureau régional d'Europe de l'OMS, est un services d'information pour les décideurs dans les domaines de la santé publique et les services de santé de la région de l'Europe de l'OMS.

Références

- BACHRACH, L. L., 1996a, Managed Care : Delimiting the concept, *Psychiatric Services*, 46, 12, 1229-1230.
- BACHRACH, L. L., 1996b, Managed Care : 2. Some latent function, *Psychiatric Services*, 47, 3, 243-253.
- BARTELS, S. J., COAKLEY, E. H., ZUBRITSKY, C., WARE, J.H., MILES, K., M., AREAN, P. A., CHEN, H., OSLIN, D. W., LLORENTE, M. D., COSTANTINO, G., QUIJANO, L., MCINTYRE, J. S., LINKINS, K. W., OXAMAN, T. E., MAXWLELL, J., LEVKOFF, S. E., 2004, Improving access to geriatric mental health services : a randomized trial comparing treatment engagement with integrated versus enhanced referral care for depression, anxiety, and at-risk alcohol use, *American Journal of Psychiatry*, 161, 1455-1462.
- BINDHAM, J., JOHNSON, S., WRIGHT, S., SZMUKLER, G., BEBBINGTON, P., KUIPERS, W., THORNICROFT, G., 1997, Integration between primary and secondary services in the care of the severely mentally ill : patients' and general practitioners' views, *British Journal of Psychiatry*, 171, 169-174.
- BRAY, J. H., ROGERS, J. C., 1995, Linking psychologists and family physicians for collaborative practice, *Professional Psychology*, 26, 132-138.
- BURNS, T., MILLAR, E., GARLAND, C., KENDRICK, T., CHISHOLM, B., ROSS, F., 1998, Randomized controlled trial of teaching practice nurses to carry out structured assessments of patients receiving depot antipsychotic injections, *British Journal of General Practice*, 48, 437, 1845-1848.
- BYNG, R., JONES, R., LEESE, M., HAMILTON, B., MCCRONE, P., CRAIG, T., 2004, Exploratory cluster randomised controlled trial of shared care develop-

- ment for long-term mental illness, *British Journal of General Practice*, 54, 259-266.
- COOK, S., HOWE, A., 2003, Engaging people with enduring psychotic conditions in primary mental health care and occupational therapy, *British Journal of Occupational Therapy*, 66, 236-246.
- CRAVEN, M.A., BLAND, R., 2002, Shared mental health care: A bibliography and overview, *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 2, 1-7, 1S-103S.
- CRAVEN, M. A., BLAND, R., 2006, Meilleures pratiques pour des soins de santé mentale axés sur la collaboration: Une analyse des données existantes, *La Revue canadienne de psychiatrie*, 51, 6, 7-72.
- CREWS, C., BATAL, H., ELASY, T., CASPER, E., MEHLER, P. S., 1998, Primary care for those with severe and persistent mental illness, *Western Journal of Medicine*, 169, 4, 245-250.
- DOGGETT, J., 2007, *A New Approach to Primary Care for Australia*, Centre for policy development, Sydney, 1-27.
- DRUSS, B. G., RORHBAUGH, R. M., LEVINSON, C. M., ROSENHECK, R. A., 2001, Integrated medical care for patients with serious psychiatric illness, *Archives of General Psychiatry*, 58, 9, 861-868.
- EMMANUEL, J. S., MCGEE, A., UKOUMUNNE, O. C., TYRER, P., 2002, A randomised controlled trial of enhanced key-worker liaison psychiatry in general practice, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 6, 261-266.
- FLEURY, M. J., BAMVITA, J. M., TREMBLAY, J., LESAGE, A., FARAND, L., AUBÉ, D., FOURNIER, L., POIRIER, L. R., LUSSIER, M. T., LAMARCHE, P., OUADAHI, Y., IMBOUA, A., 2008, Rôle des médecins omnipraticiens en santé mentale au Québec, IRSC. (<http://www.douglasrecherche.qc.ca/groups/adequation/studies/study-practitioners.asp?l=f>)
- FLEURY, M. J., TREMBLAY, M., NGUYEN, H., BORDELEAU, L., 2007, *Le système sociosanitaire au Québec. Régulation, gouverne et participation*, Gaëtan Morin, Montréal.
- FLEURY, M. J., 2006, Integrated service networks: The Quebec case, *Health Services Management Research*, 19, 153-155.
- FLEURY, M. J., 2005, Models of integrated service networks and key conditions for their operationalization, *International Journal of Integrated Care*, 5, 1-14.
- FLEURY, M. J., MERCIER, C., LESAGE, A., OUADAHI, Y., GRENIER, G., AUBÉ, D., PERREAULT, M., POIRIER, L. R., 2004, *Réseaux intégrés de services et réponse aux besoins*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

- FOURNIER, L., AUBÉ, D., ROBERGE, P., LESSARD, L., DUHOUX, A., CAULET, M., POIRIER, L. R., 2008, *Vers une première ligne forte en santé mentale : Messages clés de la littérature scientifique*, Institut national de santé publique du Québec.
- GAGNÉ, M. A., 2005, *Avancement des objectifs des soins de santé mentale axés sur la collaboration*, Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, Mississauga, Ontario.
- GASK, L., SIDDALD, B., CREED, F., 1997, Evaluating models of working at the interface between mental health services and primary care, *British Journal of Psychiatry*, 170, 6-11.
- GATER, R., GOLDBERG, D., JACKSON, G., JENNETT, N., LOWSON, K., RATCLIFFE, J., SARAF, T., WARNER, R., 1997, The care of patients with chronic schizophrenia: a comparison between two services, *Psychological Medicine*, 27, 1325-1336.
- GOLDBERG, R. J., 1999, Financial incentives influencing the integration of mental health care and primary care, *Psychiatric Services*, 50, 8, 1071-1075.
- GOLDBERG, D., JACKSON, G., GATER, R., CAMPBELL, M., JENNET, N., 1996, The treatment of common mental disorders by a common mental disorders by a community team based in primary care: a cost-effectiveness study, *Psychological Medicine*, 26, 3, 487-492.
- HEDRICK, S. C., CHJANEY, E. F., FELKER, B., LUI, C., HASENBERG, N., HEAGERTY, P., BUCHANAN, J., BAGALA, R., GREENBERG, D., PADEN, G., FIHN, S. D., KATON, W., 2003, Effectiveness of collaborative care depression treatment in Veteran's Affairs primary care, *Journal of General Internal Medicine*, 18, 9-16.
- HERRMAN, H., TRAUER, T., WARNOCK, J., 2002, Professional Liaison Committee (Australia) Project Team, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 75-80.
- HOGÉ, M. A., HOWENSTINE, R. A., 1997, Administrative update, organizational development strategies for integrating mental health services, *Community Mental Health Journal*, 33, 3, 175-187.
- HOGÉ, M. A., DAVIDSON, L., GRIFFITH, E. E. H., SLEDGE, W. H., HOWENSTINE, R. A., 1994, Defining managed care in public-sector Psychiatry, *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 11, 1085-1089.
- HUNKELER, E. M., MERSMAN, J. F., HARGREAVES, W. A., FIREMAN, B., BERMAN, W. H., KIRSCH, A. J., GROEBE, J., HURT, S. W., BRADEN, P., GETZELL, M., FEIGENBAUM, P. A., PENG, T., SALZER, M., 2000, Efficacy of nurse telehealth care and peer support in augmenting treatment of depression in primary care, *Archives of Family Medicine*, 9, 700-708.

- IMBOUA, A., 2008, *Profil de pratique des médecins omnipraticiens en santé mentale au Québec*, Département d'administration des services de santé, Faculté de médecine, Université de Montréal.
- JOSEPH, C., GOLDSMITH, S., ROONEY, A., MCWHORTER, K., GANZINI, L., 1995, An interdisciplinary mental health consultation team in a nursing home, *Gerontologist*, 35, 836-839.
- JOUBERT, P., DESBIENS, F., DAGENAIS, C., 2001, *De l'innovation au changement. Les leçons tirées des projets québécois financés par le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS)*, MSSS, Gouvernement du Québec.
- KATES, N., MACH, M., 2007, Chronic Disease management of depression in Primary Care : A summary of the current Literature and Implications for Practice, *Canadian Journal of Psychiatry*, 52, 2, 77-85.
- KATES, N., CRAVEN, M., BISHOP, J., CLINTON, T., KRAFTCHECK, D., LECLAIR, K., LEVERETTE, J., NASH, L., TURNIER, T., 1997, Shared mental health care in Canada, *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 8.
- KATON, W., VON KORFF, M., LIN, E., SIMON, G., WALKER, E., BUSH, T., LUDMAN, E., 1997, Collaborative management to achieve depression treatment guidelines, *Journal of Clinical Psychiatry*, 58 Suppl. 1, 20-23.
- KATON, W., VON KORFF, M., LIN, E., SIMON, G., WALKER, E., UNÜTZER, J., BUSH, T., RUSSO, J., LUDMAN, E., 1999, Stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of depression : A randomized trial, *Archives of General Psychiatry*, 56, 1109-1115.
- KATON, W., ROBINSON, P., VON KORFF, M., LIN, E., BUSH, T., LUDMAN, E., SIMON, G., WALKER, E., 1996, A multifaceted intervention to improve treatment of depression in primary care, *Archives of General Psychiatry*, 53, 10, 924-932.
- KATON, W., VON KORFF, M., LIN, E., WALKER, E., SIMON, G.E., BUSH, T., ROBINSON, P., RUSSO, J., LUDMAN, E., 1995, Collaborative management to achieve treatment guidelines : Impact of depression of primary care, *Journal of the Medical Association*, 23, 13, 1026-1031.
- KATZELNICK, D. J., SIMON, G. E., PEARSON, S. D., MANNING, W. G., HELSTAD, C. P., HENK, H. J., COLE, S.M., LIN, E. H. B., TAYLOR, L. H., KOBAK, K. A., 2000, Randomized trial of a depression management program in high utilizers of medical care, *Archives of Family Medicine*, 9, 345-351.
- KEKS, N., ALTSON, B, SACKS, T., 2001, Collaboration between general practice and community psychiatric services for people with chronic mental illness, *MJA Practice Essentials Mental Health*, Australasian Medical Publishing, Sidney.

- KAUFMANN, I. M., 1993, Rural psychiatric services. A collaborative model, *Canadian Family Physician*, 39, 1957-1961.
- KIRBY COMMISSION, The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, 2006, *Out of the Shadows at Last, Transforming Mental health, Mental Illness and Addiction Services in Canada, Final Report*, Ottawa.
- LAFLEUR, P. A., 2003, Le métier de psychiatre au Québec, Hôpitaux, patients et psychiatres, *L'Information psychiatrique*, 79, 6, 503-510.
- LAMARCHE, P. A., BEAULIEU, M. D., PINEAULT, R., CONTANDRIOPOULOS, A. P., DENIS, J. L., HAGGERTY, J., 2003, *Sur la voie du changement : Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada*, FCRSS.
- LANG, F. H., JOHNSTONE, E. C., MURRAY, G. D., 1997, Service provision for people with schizophrenia. II. Role of the general practitioner, *British Journal of Psychiatry*, 171, 165-168.
- LEATT, P., PINK G. H., GUERRIERE, M., 2000, Towards a Canadian model of integrated healthcare, Healthcare Papers, *New Models for the New Healthcare*, 1 (2), 13-35.
- LESAGE, A., VASILADIS, H. M., GAGNÉ, M. A., DUDGEON, S., KASMAN, N., HAY, C., 2006, *Prévalence de la maladie mentale et utilisation des services connexes au Canada : Une analyse des données de l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, Initiative canadienne de collaboration en santé mentale.
- LIPKIN, M., 1997, Pulling together or falling apart, *Primary Psychiatry*, 22-31.
- MECHANIC, D., SCHLESINGER, M., MCALPINE, D. D., 1995, Management of mental health and substance abuse services: state of the art and early results, *Milbank Quarterly*, 73, 1, 19-55.
- MEADOWS, G. N., 1998, Establishing a collaborative service model for primary mental health care, *Medical Journal of Australia*, 168, 162-165.
- MILDRED, H., BRANN, P., LUK, E. S. L., FISHER, S., 2000, Collaboration between general practitioners and a child and adolescent mental health service, *Australian Family Physician*, 29, 177-181.
- MITCHELL, A. R., 1985, Psychiatrists in primary health care settings, *British Journal of Psychiatry*, 147, 371-379.
- MSSS, 2005, *Projet de Loi 83 — Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*, Gouvernement du Québec.

- MSSS, 2005a, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens*, Gouvernement du Québec.
- MSSS, 1998, *Plan d'action en santé mentale 1998-2002*, Gouvernement du Québec.
- OMS, 2001, *Rapport sur la santé dans le monde. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*, Organisation mondiale de la santé, Genève.
- OXMAN, T. E., 1996, Geriatric psychiatry at the interface of consultation-liaison psychiatry and primary care, *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 26, 2, 145-153.
- PEDIATRICS, A. A., 2002, Medical home initiatives for children with special needs project advisory committee, *Pediatrics*, 110.
- PEVELER, R., GEORGE, C., KINMONTH, A. L., CAMPBELL, M., THOMSON, C., 1999, Effects of antidepressant drug counselling and information leaflets on adherence to drug treatment in primary care : randomized controlled trial, *British Medical Journal*, 319, 612-615.
- ROTHMAN, A. A., WAGNER, E. H., 2003, Chronic Illness Management : What Is the Role of Primary Care ? *Annals of Internal Medicine*, 138, 3, 256-262.
- RSMQ, 2002, Les réseaux intégrés de services, *Santé mentale au Québec*, 27, 2, 7-15. (Numéro spécial).
- SCHMITZ, N., WANG, J., MALLA, A., LESAGE, A., 2007, Joint effect of depression and chronic conditions on disability : results from a population-based study, *Psychosomatic Medicine*, 69, 4, 332-338.
- STARFIELD, B., 1998, Primary care visits and health policy, *Canadian Medical Association Journal*, 159, 795-796.
- STARFIELD, B., SHI, L., MACINKO, J., 2005, Contribution of primary care to health systems and health, *Milbank Quarterly*, 83, 3, 457-502.
- STEPHENS, T., JOUBERT, N., 2001, Le fardeau économique des problèmes de santé mentale, *Les maladies chroniques au Canada*, 22.
- SWINDLE, R. W., RAO, J. K., KELMY, A., PLUE, L., ZHOU, X. H., ECKERT, G. J., WEINBERGER, M., 2003, Integrating clinical nurse specialists into the treatment of primary care patients with depression, *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 33, 1, 17-37.
- TRUDEAU, J. B., DE GRANDMONT, S., LAFRANCE, L., POITRAS, L., 2007, La loi 90 : la force de l'interdisciplinarité. Des connaissances et des compétences à partager. *Le système sociosanitaire au Québec. Régulation, gouverne et participation*, Gaëtan Morin, Montréal, 363-272

- WALLOT, H., YALE, J. P., 2005, Dialogue autour d'un plan, *Journal de l'AMPQ*, 9, 3, 19-24.
- WALKER, E. A., KATON, E. J., RUSSO, J., VON KORFF, M., LIN, E., SIMON, G., BUSH, T., LUDMAN, E., UNÜTZER, J., 2000, Predictors of outcome in a primary care depression trial, *Journal of General Internal Medicine*, 15, 859-867.
- WALTERS, P., Tylee, A., Goldberg, D., 2008, Psychiatry in Primary Care, in Murray, R. M., Kendler, K. S., McGuffin, P., Wessely, S., Castle, D. J., eds., *Essential Psychiatry*, Cambridge Medicine, 479-497.
- WATSON, D. E., HEPPNER, P., ROOS, N. P., REID, R. J., KATZ, A., 2005, Population-based use of mental health services and patterns of delivery among family physicians, 1992 to 2001, *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 7, 398-406.
- WHO/Wonca, 2008, Joint report : Integrating mental health into primary care — a global perspective, Geneva, Switzerland, WHO publication data ;
- WHO, 2004, World Mental Health Survey Consortium, Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organisation Mental Health Surveys, *Journal of American Medical Association*, 291, 2581-2590.
- WILLIAMS JR. J., GERRITY, M., HOLSINGER, T., DOBSCHA, S., GAYNES, B., DIETRICH, A., 2007, Systematic review of multifaceted interventions to improve depression care, *General Hospital Psychiatry*, 29, 91-116.
- YUNG, A., GILL, L., SOMMERVILLE, E., DOWLING, B., SIMON, K., PIRKIS, J., LIVINGSTON, J., SCHWEITZER, I., TANAGHOW, A., HERRMAN, H., TRAUER, T., GRIGG, M., BURGESS, P., 2005, Public and private psychiatry : can they work together and is it worth the effort ?, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 67-73.