



Canadian
Collaborative
Mental Health
Initiative

Initiative
canadienne de
collaboration en
santé mentale

Meilleures pratiques pour des soins de santé mentale axés sur la collaboration : Une analyse des données existantes

Mars 2006

Auteurs

Marilyn A. Craven, Université McMaster
Roger Bland, Université d'Alberta

Traduction

Traductions Marie-Josée Gélinas

Secrétariat de l'ICCSM

Maureen Desmarais, Coordinatrice de projet
Scott Dudgeon, Directeur général
Marie-Anik Gagné, Gestionnaire de projet
Valerie Gust, Gestionnaire de communications
Tina MacLean, Adjointe de recherche
Jeneviève Mannell, Assistante en communication
Enette Pauzé, Coordinatrice de recherche
Enric Ribas, Graphiste
Shelley Robinson, Adjointe administrative

Remerciements

Les auteurs désirent remercier Mona Frantzke de Med-Lit Online Searches pour son expertise et sa contribution alors qu'elle a réalisé les recherches intensives qui forment la base de ce document. Nous aimerions également remercier le secrétariat de l'ICCSM, particulièrement Scott Dudgeon et Marie-Anik Gagné, pour leur infatigable soutien.

Droit d'auteur © 2005 Initiative canadienne de collaboration en santé mentale

Citation suggérée : Craven, M. et Bland, R. Meilleures pratiques pour des soins de santé mentale axés sur la collaboration : Une analyse des données existantes. La revue canadienne de psychiatrie 2006 :51 (Suppl 1, mai) à paraître. Disponible au : www.iccsm.ca

This report is available in English.

Le secrétariat de l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale
a/s Le Collège des médecins de famille du Canada
2630 avenue Skymark, Mississauga, Ont., L4W 5A4
Tél. : 905-629-0900 Téléc. : 905-629-0893
Courriel : info@iccsm.ca Site Web: www.iccsm.ca

Les opinions exprimées dans cette publication sont celles du secrétariat de l'ICCSM et ne correspondent pas nécessairement à l'opinion officielle des partenaires de l'ICCSM ou de Santé Canada.

Le financement de l'ICCSM provient du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de Santé Canada.

ISBN 1-896014-75-5



Meilleures pratiques pour des soins de santé mentale axés sur la collaboration : Une analyse des données existantes

Un rapport pour l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale

Marilyn A. Craven M.D., Ph.D., CCMF
Professeur agrégé clinique
Département de psychiatrie et de neurosciences
comportementales
Université McMaster

Roger Bland M.B., Ch.B., FRCPC, FRC psychologie
Professeur émérite
Département de psychiatrie
Université d'Alberta

Mars 2006

NOTRE OBJECTIF

L'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM) s'efforce d'améliorer la santé mentale et le bien-être des Canadiens en renforçant les liens et la collaboration entre les prestataires de soins de santé, les usagers, les familles et les aidants naturels, et en facilitant l'accès des usagers à des services de prévention, de promotion de la santé, de traitement, d'intervention et de réadaptation dans le contexte des soins de santé primaires.

ABSTRAIT

Meilleures pratiques pour des soins de santé mentale axés sur la collaboration : Une analyse de données existantes

Marilyn A Craven¹, M.D., Ph.D., CCMF, Roger Bland², M.B., Ch.B., FRCPC, FRC psychologie

Objectif

Effectuer une étude systématique de la documentation expérimentale afin de relever les meilleures pratiques en matière de soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires.

Méthode

Un examen de la documentation canadienne et internationale effectuée à l'aide des bases de données Medline, PsycInfo, Embase et Cochrane Library, entre autres, a permis de relever plus de 900 rapports pertinents, dont 38 études répondaient aux critères d'inclusion. Une évaluation systématique et une analyse descriptive y sont présentées, de même que des conclusions clés et des pratiques exemplaires.

Résultats

- Une collaboration efficace requiert de la préparation, du temps et des structures de soutien. Il faut également miser sur les relations cliniques déjà établies.
- La pratique en collaboration est probablement la plus efficace lorsque les cliniciens partagent des locaux et lorsque l'emplacement est familier et non stigmatisant pour les patients.
- Le niveau de collaboration ne semble pas prédire les résultats cliniques.
- Le jumelage de la collaboration à des directives en matière de traitement ou à des protocoles de traitement est plus avantageux que toute intervention prise individuellement pour les personnes atteintes d'une dépression grave.
- Le suivi systématique était une variable prédictive révélatrice de résultats positifs en matière de soins axés sur la collaboration pour les personnes atteintes de dépression.

- On ne pouvait établir un rapport clair entre les résultats cliniques et les efforts concertés déployés pour accroître l'observation médicamenteuse.
- Rien ne démontre que la collaboration à elle seule peut favoriser le transfert de compétences ou modifier les connaissances ou les comportements des médecins des soins de santé primaires en ce qui concerne le traitement de la dépression. Il faut également une restructuration des services qui vise à appuyer l'apport de changements au chapitre des tendances en matière de pratique chez les prestataires de soins de santé primaires.
- Une meilleure éducation des patients constituait un volet de nombreuses études réussies. L'éducation était généralement assurée par une personne autre que le médecin des soins de santé primaires.
- Sans un financement continu, il peut être difficile de soutenir à long terme les interventions axées sur la collaboration qui font partie d'un protocole de recherche.
- Dans le contexte des soins axés sur la collaboration, la liberté de choix de traitements de l'utilisateur peut être un facteur important dans son engagement à l'égard du traitement (p. ex. avoir la possibilité de choisir la psychothérapie plutôt que la médication).

Conclusions

Il existe maintenant de la documentation expérimentale qui évalue les répercussions d'une collaboration améliorée sur les résultats pour les patients – surtout en ce qui concerne les troubles dépressifs. Aussi, de meilleures pratiques en matière de soins de santé mentale axés sur la collaboration commencent à voir le jour.

Trois retombées cliniques

- La collaboration est la plus efficace lorsqu'elle repose sur des relations cliniques déjà établies.
- La collaboration devrait être jumelée à des directives sur le traitement de troubles particuliers.
- Le transfert de compétences dans le contexte de relations axées sur la collaboration requiert une restructuration des services afin d'appuyer le changement comportemental.

Trois limites

- Le nombre d'études expérimentales est relativement petit.
- La majorité des études ne portent que sur une seule entité diagnostique – la dépression.
- La variation des méthodes d'étude fait obstacle à une méta-analyse officielle.

¹ Professeur agrégé clinique, Département de psychiatrie et de neurosciences comportementales, Université McMaster

² Professeur émérite, Département de psychiatrie, Université d'Alberta

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE.....	I
TINTRODUCTION	I
TMÉTHODOLOGIE.....	I
RÉSULTATS.....	I
CONCLUSIONS ET MEILLEURES PRATIQUES	II
INTRODUCTION.....	1
CONTEXTE	1
MÉTHODOLOGIE	3
RÉSULTATS.....	5
1. OBSERVATIONS GÉNÉRALES.....	5
2. ANALYSE DES ÉTUDES	6
INDIVIDUS SOUFFRANT DE DÉPRESSION ET QUI SONT DE GRANDS UTILISATEURS DES SOINS MÉDICAUX	6
TRAITEMENT INITIAL DES ADULTES SOUFFRANT DE DÉPRESSION.....	6
DÉPRESSION PERSISTANTE ET PRÉVENTION DES RECHUTES	12
DÉPRESSION CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES	14
SERVICES AUX ENFANTS ET AUX ADOLESCENTS	16
SERVICES AUX PERSONNES ATTEINTES DE MALADIE MENTALE GRAVE ET PERSISTANTE	16
ENTRAIDE ET COLLABORATION AVEC LES PATIENTS/USAGERS	20
QUALITÉ DES INITIATIVES DE SOINS	20
DÉVELOPPER DES RELATIONS DE SOINS AXÉS SUR LA COLLABORATION	22
CONCLUSIONS ET MEILLEURES PRATIQUES	25
RÉFÉRENCES.....	29
TABLEAU I.....	35
TABLEAU II.....	71
NIVEAUX DE COLLABORATION.....	71
LISTE DES ACRONYMES.....	73

SOMMAIRE

Introduction

Ce rapport a été commandé pour soutenir le travail de l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM), un projet biennal financé en 2004 par Santé Canada par l'entremise du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires. L'ICCSM a pour objectif d'améliorer la santé mentale et le bien-être des Canadiennes et des Canadiens en améliorant la collaboration entre les prestataires de soins de santé mentale et primaires, les usagers, les familles et les aidants naturels. Le Comité directeur de l'ICCSM est constitué de représentants de 12 associations professionnelles nationales et d'usagers, comprenant des usagers, des familles, des médecins de famille, des psychiatres, des infirmières et infirmiers, des travailleuses et travailleurs sociaux, des psychologues, des ergothérapeutes, des pharmaciens et des diététistes. L'objectif de ce rapport est de fournir au Comité directeur, aux responsables des politiques ainsi qu'aux autres groupes et individus intéressés un résumé de la littérature expérimentale actuelle portant sur l'efficacité des pratiques en collaboration pour la prestation de soins de santé mentale dans un contexte de soins de santé primaires.

Méthodologie

Une revue approfondie de plus de 900 articles a permis d'identifier 38 études et rapports

complémentaires qui ont étudié l'impact des soins de santé mentale axés sur la collaboration à l'aide de méthodologies expérimentales (essais comparatifs randomisés et études expérimentales avec des indicateurs de résultats) dans un contexte de soins de santé primaires. Les études ont été soumises à une revue systématique et à une analyse descriptive. Selon cette analyse, les

tendances récentes de la recherche dans le domaine des soins de santé mentale axés sur la collaboration ont été résumées, et onze conclusions clés et pratiques exemplaires pour les soins de santé mentale axés sur la collaboration ont été identifiées. Les points saillants des conclusions et des pratiques exemplaires sont présentés ci-dessous.

Résultats

Les tendances changeantes dans le domaine de la recherche sur les soins de santé mentale axés sur la collaboration.

Au cours des dernières années, la recherche sur les soins de santé mentale axés sur la collaboration a évolué, partant de comptes rendus purement descriptifs de modèles de collaboration et de rapports enthousiastes sur les premières constatations issues d'évaluation de programmes jusqu'à des études expérimentales plus rigoureuses. L'accent de ces études a aussi commencé à se déplacer : les premières études tendaient à se concentrer davantage sur l'impact de la collaboration sur les résultats

du système, tels que l'utilisation des services, les taux de référence dans les cliniques spécialisées

Que sont les soins axés sur la collaboration?

« Les soins axés sur la collaboration impliquent des prestataires de différentes spécialités, disciplines ou secteurs qui travaillent ensemble pour offrir des services complémentaires et du soutien mutuel et pour assurer que les individus reçoivent le service le plus approprié, du prestataire le plus approprié, dans l'endroit le plus convenable, le plus rapidement possible et avec un minimum d'obstacles. La collaboration peut impliquer une meilleure communication, des contacts personnels plus étroits, le partage des soins cliniques, des programmes d'éducation communs et/ou les programmes communs et la planification de systèmes. »

en santé mentale et les taux d'admission des patients hospitalisés. Des études plus récentes ont davantage mis l'accent sur les résultats au niveau des patients, combinant souvent les interventions en collaboration avec les protocoles de traitement suivant les directives dans un effort pour améliorer les processus des soins.

Pourtant, un autre changement est survenu dans le domaine de la recherche sur les soins de santé mentale axés sur la collaboration : cette dernière a en effet été assortie aux initiatives de gestion des maladies chroniques et d'amélioration de la qualité. La plupart de ces études ont mis l'accent sur la dépression et ont entraîné des degrés variables de pratique ou une réorganisation des services afin d'atteindre leurs résultats.

Une quatrième « vague » de recherches est présentement en train d'examiner la capacité de tels programmes fondés sur la recherche à être transposés dans un contexte réel.

De plus en plus, la littérature fait état d'interventions axées sur la collaboration qui ciblent des populations spécifiques de patients (p. ex. maladie mentale grave et persistante, dépression, dépression chez les personnes âgées, toxicomanes, grands utilisateurs de soins médicaux) et qui impliquent des professionnels ayant des ensembles de compétences distincts, des exigences différentes en matière de ressources ainsi qu'une étendue de méthodes de mise en oeuvre. Les populations qui sont remarquablement absentes de la littérature expérimentale sont les communautés autochtones, les sans-abri et les communautés rurales. Les groupes diagnostiques sous-représentés incluent les troubles de l'anxiété, les troubles de la personnalité, les troubles de l'alimentation, le déficit de l'attention et la démence. Alors que les médecins de famille, les psychiatres et les infirmières sont mis en valeur dans plusieurs rapports, des études sur la collaboration impliquant des usagers, des psychologues, des travailleurs sociaux, des ergothérapeutes, des pharmaciens et d'autres prestataires commencent désormais à émerger.

La plupart des études passées en revue étaient à facettes multiples et multidisciplinaires. Dans chaque cas, l'intention était de fournir une intervention suffisamment puissante pour détecter une différence en comparaison avec les soins habituels. Un inconvénient de cette approche réside dans le fait que plus le protocole est complexe, plus il est difficile de prédire quels éléments ont pu être responsables d'une quelconque amélioration dans les résultats cliniques et les soins. Un autre inconvénient des études plus complexes est que leur généralisation sera probablement restreinte. Certaines des études à facettes multiples seraient difficiles, voire impossibles, à mettre en oeuvre dans la pratique moyenne de soins de santé primaires, soit en raison des ressources nécessaires pour les soutenir, soit en raison de la rigidité du protocole de recherche. Il y a un besoin urgent de démêler dans la littérature les interventions qui sont les plus efficaces et les plus rentables.

Conclusions et meilleures pratiques

Certains messages sont en train d'émerger de la littérature expérimentale :

1. Les relations axées sur la collaboration entre les médecins de soins de santé primaires et les autres prestataires de soins de santé mentale ne se développent pas instantanément ni sans efforts. Elles requièrent de la préparation, du temps et des structures de soutien. Deux des études passées en revue^{13,31} avaient potentiellement de bonnes interventions, mais elles ont échoué en raison de la mauvaise mise en oeuvre de la collaboration. En revanche, une étude qui a misé sur des relations déjà existantes dans la pratique de soins de santé primaires a entraîné de hauts niveaux de collaboration et de bons résultats pour les patients¹⁶. Idéalement, les dispositions pour les soins axés sur la collaboration se développeront à partir de relations cliniques déjà existantes.

La collaboration au niveau du système requiert également de la préparation, la réorganisation de services et du temps pour

se développer. Il est probable que les changements réels, maintenus sur de longues périodes, doivent être graduels et introduits étape par étape. Le degré de « ralliement » du personnel, le leadership institutionnel, le changement de politique officiel et le contrôle du rendement sont aussi des facteurs clés qui détermineront le succès ou l'échec lorsque les agences et les organisations cherchent à améliorer leur niveau de collaboration avec les prestataires de soins primaires^{44,45,46}.

2. Le co-emplacement est important pour les prestataires et les patients. Les prestataires qui ne se sont pas rencontrés en personne et/ou qui n'ont pas de relations cliniques préexistantes sont moins susceptibles de s'engager dans une relation de soins de santé axés sur la collaboration^{16,48}. Du point de vue du patient, si on lui offre des soins de santé mentale spécialisés dans le contexte des soins de santé primaires, il semble que cela entraîne un plus grand engagement des patients dans les soins de santé mentale, une condition sine qua non pour de meilleurs résultats pour les patients^{24, 47}. La collaboration entre les spécialistes de la santé mentale et les prestataires de soins primaires sera vraisemblablement plus développée lorsque les cliniciens sont situés au même endroit et plus efficace lorsque l'emplacement est connu et non stigmatisant pour les patients. Cela peut être particulièrement vrai pour les patients qui ont des problèmes de consommation abusive d'alcool et d'autres drogues. Une littérature émergente sur le co-emplacement/l'intégration du traitement de la consommation abusive d'alcool et d'autres drogues suggère que les patients traités à l'intérieur de modèles intégrés se portent significativement mieux et que ceux qui ont une moins bonne santé en bénéficient le plus^{26,52, 53}.

3. Le degré de collaboration en soi ne semble pas prédire le résultat clinique. Même s'il y avait une tendance en faveur de résultats positifs qui survenaient le plus souvent dans les études ayant des niveaux de collaboration moyens ou élevés, certaines études ayant des

niveaux de collaboration plus bas ont aussi obtenu des résultats positifs^{6,9,12,22,37}.

4. Le jumelage de la collaboration avec les directives sur le traitement semble apporter des bénéfices importants en comparaison avec une intervention seule chez les patients souffrant de troubles dépressifs.

La vaste majorité des études ayant obtenu des résultats positifs auprès de cette population de patients comprenait des instruments de soutien décisionnel, habituellement sous la forme de protocole de recherche et/ou de directives sur le traitement clinique établies. Quelques études ayant obtenu de mauvais résultats ou des résultats partagés utilisaient aussi des protocoles et des directives mais, dans certains cas, ces derniers étaient mis en oeuvre^{13,31} de mauvaise façon. Il est important de noter que les essais antérieurs de directives cliniques, de protocoles de traitement ou d'algorithmes sans interventions axées sur la collaboration n'ont pas montré d'amélioration dans les résultats au niveau des patients^{54,55,56}.

5. La collaboration, jumelée avec les directives sur le traitement pour la dépression, peut avoir un effet différentiel sur les résultats, et ce sont les patients atteints d'un trouble plus grave qui répondent le mieux. Plusieurs des études passées en revue ont montré des résultats améliorés seulement dans les sous-groupes de patients ayant des niveaux de gravité de la dépression plus élevés^{7,9,13,14}. **Actuellement, il y a davantage de preuves pour soutenir les interventions axées sur la collaboration dans le cas de troubles dépressifs majeurs.**

6. Un des plus puissants facteurs de prédiction de résultats cliniques positifs dans les études de soins axés sur la collaboration pour la dépression était l'inclusion d'un suivi systématique dans le protocole d'étude. Dans les études examinées, le suivi était délégué à un autre clinicien ou à un gestionnaire de soins, avec des degrés variables de collaboration avec le médecin de soins de santé primaires et pour des périodes de temps variées. Les études qui

comprenaient un suivi systématique et un mécanisme d'ajustement du traitement lorsque le patient ne réagissait pas bien (souvent une approche étape par étape) obtenaient des résultats positifs^{6,7,9,11,12,16,18,22,33,35,37,39,41,47}. Quelques études^{5,8,13,31} comprenaient un suivi et ont obtenu de mauvais résultats mais, dans les deux dernières études, les chercheurs ont été incapables de mettre adéquatement en œuvre les interventions. Certaines études^{17,22} ont montré des bénéfices cliniques qui augmentaient avec le temps. Cette constatation témoigne de la nécessité d'une réorganisation de la pratique pour soutenir les prestataires de soins de santé primaires afin qu'ils puissent fournir un suivi adéquat, systématique et conforme aux directives sur le traitement.

7. Les efforts déployés pour augmenter l'adhésion aux médicaments par l'entremise de la collaboration avec d'autres professionnels des soins de santé (p. ex. infirmières praticiennes) étaient aussi une composante commune de plusieurs études couronnées de succès. Même si l'amélioration de l'adhésion aux médicaments a une forte validité apparente, l'analyse de ces études n'a pas permis d'établir une relation directe et claire entre l'adhésion aux médicaments et les résultats cliniques^{10,11, 14,15,19,21}. Un groupe de chercheurs a émis l'hypothèse selon laquelle le soutien émotionnel accru durant le contrôle de l'adhésion par les infirmières pouvait être responsable des constatations positives de leur étude et ce, malgré le manque d'amélioration dans l'adhésion aux médicaments. **Jusqu'à ce que cette question soit clarifiée, les interventions axées sur la collaboration visant à fournir un suivi du patient devraient mettre davantage l'accent sur autre chose que la seule adhésion aux médicaments.**

8. La collaboration seule n'a pas démontré qu'elle pouvait entraîner un transfert des compétences ou des changements durables dans les connaissances des médecins de soins de santé primaires ou

les comportements dans le traitement de la dépression. Seulement une étude expérimentale⁵ a démontré une tendance vers un changement de comportement chez le médecin de soins de santé primaires sur une période de temps (augmentation des ordonnances pour la dépression). Une autre étude⁴ a démontré que l'amélioration dans les résultats obtenus durant une intervention à facettes multiples pour la dépression⁵ n'était pas uniquement due à la formation du médecin, mais que cela avait requis en plus une vaste restructuration des services. Cette conclusion est soutenue par un ensemble important de preuves concernant la formation médicale continue pour les médecins en général⁵⁷ et par une étude³³ qui mettait l'accent sur les patients atteints de maladie mentale grave, et dans laquelle des changements dans la structure des services ont eu un effet positif durable sur le processus de soins. **Les interventions axées sur la collaboration conçues pour entraîner des changements dans les modèles de pratique des prestataires de soins de santé primaires devraient inclure une restructuration des services conçue spécifiquement pour soutenir ces changements.**

9. Une formation renforcée du patient relativement aux troubles mentaux et à leur traitement (habituellement donnée par un professionnel de la santé autre que le médecin de soins de santé primaires) était une composante de plusieurs études ayant obtenu de bons résultats. Davantage de travail doit être fait pour déterminer quelle contribution, s'il y en a une, cette intervention apporte au succès des soins axés sur la collaboration. Une étude³⁷ qui mettait l'accent sur l'entraide et la formation du patient guidées par une infirmière suggère que certains patients se portent bien avec des alternatives aux approches de gestion et d'évaluation traditionnelles faisant partie d'une méthode de traitement par étape, et que ces alternatives peuvent être fournies d'une manière axée sur la collaboration dans un contexte de soins primaires.

10. Les interventions axées sur la collaboration établies comme faisant partie d'un protocole de recherche peuvent être difficiles à maintenir lorsque le financement de l'étude est terminé^{4,16}. En revanche, un groupe de chercheurs³³ a découvert que des améliorations dans les soins établis comme faisant partie d'une intervention continue, axée sur la collaboration et impliquant du personnel permanent, ont été maintenues 2 ans après que l'étude se soit terminée. Ceci met en lumière l'importance a) d'avoir un financement suffisant pour soutenir les processus et les pratiques des soins axés sur la collaboration; et b) les effets potentiellement perturbateurs des interventions d'étude qui sont « parachutées » dans une pratique clinique.

11. Le choix du patient relativement aux modalités de traitement peut être un facteur important de l'engagement dans un traitement dans le contexte de soins axés sur la collaboration. Les recherches ont démontré que, lorsqu'on leur donne le choix, 26% à 66% des patients des soins de santé primaires qui souffrent de dépression majeure préféreraient être traités par l'entremise de la psychothérapie plutôt qu'avec des médicaments⁵⁷ et cette préférence peut s'appliquer également à d'autres troubles de santé mentale. Dans la présente revue de littérature, deux groupes de

chercheurs^{16,22} ont donné le choix aux patients entre la médication et une psychothérapie basée sur un protocole, tandis que le troisième groupe³⁹ recevait la psychothérapie en tant qu'une des options aléatoires dans leur étude. La popularité de la psychothérapie a été confirmée^{16,22} et des bénéfices durables de qualité de vie liés à la santé mentale ont été découverts pour les cas de psychothérapie sans l'usage de médicaments⁴¹. Les interventions axées sur la collaboration devraient prendre en considération les préférences des patients et être prêtes à offrir l'option de la psychothérapie à chaque fois où cela est possible.

1 février 2006

Marilyn A. Craven M.D., Ph.D., CCMF
Professeur agrégé clinique
Département de psychiatrie et de neurosciences
comportementales
Université McMaster

Roger Bland M.B., Ch.B., FRCPC, FRC
psychologie
Professeur émérite
Département de psychiatrie
Université d'Alberta

INTRODUCTION

Ce rapport a été commandé pour soutenir le travail de l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM), un projet biennal financé en 2004 par Santé Canada par l'entremise du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires. L'ICCSM a pour objectif d'améliorer la santé mentale et le bien-être des Canadiennes et des Canadiens en améliorant la collaboration entre les prestataires de soins de santé mentale et primaires, les usagers, les familles et les aidants naturels. Le Comité directeur de l'ICCSM est constitué de représentants de 12 associations professionnelles nationales et d'usagers, comprenant des usagers, des familles, des médecins de famille, des psychiatres, des infirmières et infirmiers, des travailleuses et travailleurs sociaux, des psychologues, des ergothérapeutes, des pharmaciens et des diététistes. L'objectif de ce rapport est de fournir au Comité directeur, aux responsables des politiques ainsi qu'aux autres groupes et individus intéressés un résumé de la littérature expérimentale actuelle portant sur l'efficacité des pratiques en collaboration pour la prestation de soins de santé mentale dans un contexte de soins de santé primaires.

Contexte

En 2002, le groupe de travail conjoint sur les soins de santé mentale partagés de l'Association des psychiatres du Canada et du Collège des médecins de famille du Canada a publié une revue de littérature approfondie sur les soins de santé mentale axés sur la collaboration¹. La bibliographie a récemment été mise à jour par l'ICCSM². Ces deux revues incluent de nombreux rapports qui présentent des opinions d'experts, fournissent des descriptions de programmes axés sur la collaboration et présentent les résultats d'essais non contrôlés impliquant des interventions axées sur la collaboration. Bien que cette littérature ait été utile et informative, elle présente toutefois des

restrictions significatives : la plupart des programmes axés sur la collaboration étaient restreints à des sites uniques; les détails concernant les populations de patients étaient limités; les interventions elles-mêmes étaient souvent mal décrites; et plusieurs études n'ont pas tenté de mesurer l'impact de l'intervention axée sur la collaboration sur les résultats des patients ou, si elles l'ont fait, c'est en utilisant des méthodologies d'étude potentiellement sujettes aux biais. Ces restrictions ont rendu difficile de juger de la validité des conclusions obtenues par les chercheurs et d'identifier des interventions qui étaient associées de façon récurrente à des résultats positifs pour les patients. Au cours des dernières années, les chercheurs se sont davantage intéressés à tester des interventions axées sur la collaboration spécifiques en utilisant des méthodologies expérimentales, en particulier des essais comparatifs randomisés (ECR). En conséquence, un ensemble de littérature expérimentale qui aborde plusieurs défauts méthodologiques des premières études existe maintenant. Les études utilisant la méthodologie comparative randomisée sont plus susceptibles de décrire clairement la question de recherche, de minimiser les biais en utilisant la randomisation et les groupes témoins, et d'utiliser des populations de patients soigneusement choisies, des interventions accompagnées d'un protocole et souvent d'un manuel ainsi que des techniques d'analyse de données normalisées. La présente revue, soutenue par l'ICCSM, met l'accent sur les essais comparatifs randomisés (ECR) et d'autres études expérimentales dans un effort pour fournir aux cliniciens individuels, aux chercheurs, aux éducateurs et aux responsables des politiques un ensemble de preuves plus objectives concernant ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas dans la pratique des soins de santé mentale axés sur la collaboration. Cette revue devrait être lue conjointement avec la

littérature qualitative ² qui fournit des connaissances valables à partir de l'expérience

d'individus qui ont élaboré des interventions axées sur la collaboration couronnées de succès.

MÉTHODOLOGIE

Alors que la majorité des études passées en revue dans ce rapport sont des essais comparatifs randomisés, la méthodologie de recherche varie toutefois grandement. Par conséquent, une méta-analyse formelle de la littérature n'était pas possible. Nous avons plutôt effectué une évaluation systématique de même qu'une analyse descriptive. La stratégie de recherche pour la bibliographie annotée originale des soins de santé mentale axés sur la collaboration¹ comprenait les bases de données Medline et PsycInfo et utilisait les mots clés psychiatrie, services de santé mentale et médecine familiale/soins de santé primaires pour identifier les rapports rédigés en anglais entre 1985 et 2000. Des recherches manuelles dans les listes de références ont aussi été effectuées. Cette recherche a généré 218 rapports qui traitaient du point de contact entre la psychiatrie et les soins de santé primaires. En 2005, cette stratégie de recherche a été élargie pour englober les études qui impliquaient un plus grand ensemble de professionnels de la santé et elle a été mise à jour pour inclure les années 2000-2005. Les bases de données consultées étaient (classées en ordre décroissant selon le nombre de résultats obtenus) Medline, Embase, CINAHL, PsycINFO, ERIC et Social Sciences Abstracts (en anglais, années 2000 - 2005). D'autres recherches ont été effectuées avec PubMed, The Cochrane Library, Issue 4, 2004 et le moteur de recherche Google afin de repérer des articles supplémentaires écrits par des auteurs fréquemment identifiés dans les bases de données ainsi que pour identifier des rapports et des publications gouvernementales sur Internet. Les mots clés utilisés étaient soins de santé primaires, services de santé mentale, comportement coopératif, coopération et approche d'équipe interdisciplinaire. Les recherches n'étaient délibérément pas restreintes aux mots clés/descripteur méthodologique « soins de santé primaires » parce qu'on anticipait

que certains articles ne seraient pas repérés en raison d'une mauvaise indexation ou d'une indexation secondaire. Ceci a permis d'inclure des études citées sous les mots clés «équipe interdisciplinaire», particulièrement celles qui impliquent des psychologues, des travailleurs sociaux, des ergothérapeutes ou des pharmaciens.

Un suivi de recherche de littérature a été effectué en juin 2005 pour mettre les résultats à jour. Ces recherches étaient restreintes aux bases de données jugées comme ayant un haut rendement, soit MEDLINE, EMBASE et CINAHL. Les références apparaissant dans les articles générés par cette stratégie ont été à leur tour recherchées manuellement, générant ainsi des études supplémentaires pour la revue de littérature. Des références ont aussi été fournies par des informateurs et experts clés du domaine. Au total, les stratégies de recherche couvraient les années 1985-2005 et ont généré plus de 900 références dont les résumés ont été revus à la recherche de contenu pertinent en ce qui concerne les soins de santé mentale axés sur la collaboration. Notre définition de la collaboration était basée sur la définition des soins axés sur la collaboration adoptée par l'ICCSM³, avec la condition expresse qu'un prestataire de soins de santé primaires soit impliqué dans la collaboration :

Les soins axés sur la collaboration impliquent des prestataires de différentes spécialités, disciplines ou secteurs qui travaillent ensemble pour offrir des services complémentaires et du soutien mutuel et pour assurer que les individus reçoivent le service le plus approprié, du prestataire le plus approprié, dans l'endroit le plus

convenable, le plus rapidement possible et avec un minimum d'obstacles. La collaboration peut impliquer une meilleure communication, des contacts personnels plus étroits, le partage des soins cliniques, des programmes d'éducation communs et/ou les programmes communs et la planification de systèmes.

Pour les fins de cette analyse, cette définition a été davantage raffinée pour catégoriser les niveaux de collaboration comme étant « haut », « moyen » ou « bas » (Tableau II). Les études qui rencontraient le critère pour la collaboration et qui utilisaient la méthodologie expérimentale (les essais comparatifs randomisés et les études expérimentales avec des indicateurs de résultats) ont été identifiées et forment la base de la présente analyse.

Chacun de nous a lu toute la littérature expérimentale. MC (Marilyn A. Craven) a résumé la méthodologie et les constatations clés sous forme de tableau (Tableau I) et MC et RB (Roger Bland) ont revu indépendamment chacune des études afin de classer les résultats (positifs, négatifs et mixtes) de même que le degré de collaboration (haut, moyen et bas). Nous considérons que les études avaient obtenu des résultats positifs lorsqu'un effet positif,

statistiquement significatif, avait été atteint. Nous n'avons pas tenté d'interpréter la signification clinique des niveaux d'effets. Nous avons fréquemment identifié des variables récurrentes dans la méthodologie de l'étude (p. ex. le niveau de collaboration, la présence ou l'absence d'un protocole clinique ou de directives, la présence ou l'absence de stratégies éducatives) afin de chercher des corrélations positives avec les résultats des études. Les divergences d'opinion ont été résolues par la discussion jusqu'à ce qu'un consensus ait été atteint.

Ce qui suit est un bref résumé de chacune des études expérimentales. Les études sont regroupées sous des rubriques identifiant la population ou le problème étudié, et comportant un commentaire sur le degré de collaboration impliqué, les résultats obtenus et toute leçon particulièrement importante tirée de l'étude. Cette partie est suivie de notre analyse des pratiques qui sont présentement soutenues par un plus haut niveau de preuves et qui peuvent être considérées comme les « meilleures pratiques » en soins de santé mentale axés sur la collaboration jusqu'à maintenant. Il est important de noter que les pratiques qui ne sont pas encore soutenues par des preuves de recherche ne sont pas nécessairement sans mérite. Dans certains cas, les études de la littérature non expérimentale fournissaient un autre soutien direct pour les pratiques exemplaires et nous y avons fait référence, lorsque approprié.

RÉSULTATS

Trente-huit études et rapports de suivi ont satisfait au critère d'inclusion. Les détails de la méthodologie et des constatations clés sont présentés pour chaque étude et rapport dans le Tableau I.

1. Observations générales

Au cours des dernières années, la recherche sur les soins de santé mentale axés sur la collaboration a évolué, partant de comptes rendus purement descriptifs de modèles de collaboration et de rapports enthousiastes sur les premières constatations issues d'évaluation de programmes jusqu'à des études expérimentales plus rigoureuses. L'accent de ces études a aussi commencé à se déplacer : les premières études tendaient à se concentrer davantage sur l'impact de la collaboration sur les résultats du système, tels que l'utilisation des services, les taux de référence dans les cliniques spécialisées en santé mentale et les taux d'admission des patients hospitalisés. Des études plus récentes ont davantage mis l'accent sur les résultats au niveau des patients, combinant souvent les interventions en collaboration avec les protocoles de traitement suivant les directives dans un effort pour améliorer les processus des soins. Pourtant, un autre changement est survenu dans le domaine de la recherche sur les soins de santé mentale axés sur la collaboration : cette dernière a en effet été assortie aux initiatives de gestion des maladies chroniques et d'amélioration de la qualité. La plupart de ces études ont mis l'accent sur la dépression et ont entraîné des degrés variables de réorganisation des pratiques et des services afin d'atteindre leurs résultats. Une quatrième « vague » de recherches est présentement en train d'examiner la capacité de tels programmes fondés sur la recherche à être transposés dans un contexte réel.

De plus en plus, la littérature fait état d'interventions axées sur la collaboration qui ciblent des populations spécifiques de patients (p. ex. maladie mentale grave et persistante, dépression, dépression chez les personnes âgées, toxicomanes, grands utilisateurs de soins médicaux) et qui impliquent des professionnels ayant des ensembles de compétences distincts, des exigences différentes en matière de ressources ainsi qu'une étendue de méthodes de mise en oeuvre. Les populations qui sont remarquablement absentes de la littérature expérimentale sont les communautés autochtones, les sans-abri et les communautés rurales. Les groupes diagnostiques sous-représentés incluent les troubles de l'anxiété, les troubles de la personnalité, les troubles de l'alimentation, le déficit de l'attention et la démence. Alors que les médecins de famille, les psychiatres et les infirmières sont mis en valeur dans plusieurs rapports, des études sur la collaboration impliquant des usagers, des psychologues, des travailleurs sociaux, des ergothérapeutes, des pharmaciens et d'autres prestataires commencent désormais à émerger.

La plupart des études passées en revue étaient à facettes multiples et multidisciplinaires. Dans chaque cas, l'intention était de fournir une intervention suffisamment puissante pour détecter une différence en comparaison avec les soins habituels. Un inconvénient de cette approche réside dans le fait que plus le protocole est complexe, plus il est difficile de prédire quels éléments ont pu être responsables d'une quelconque amélioration dans les résultats cliniques et les soins. (Lin et ses collègues⁴ abordent cette question dans leur très utile étude décrite ci-dessous). Un autre inconvénient des études plus complexes est que leur généralisation sera probablement restreinte. Certaines des études à facettes multiples seraient difficiles, voire impossibles, à mettre en oeuvre dans la pratique moyenne de soins de santé

primaires, soit en raison des ressources nécessaires pour les soutenir, soit en raison de la rigidité du protocole de recherche. Il y a un besoin urgent de démêler dans la littérature les interventions qui sont les plus efficaces et les plus rentables. Par conséquent, certaines des études les plus utiles étaient très simples et restreintes en termes de portée. Celles ayant obtenu des résultats négatifs sont particulièrement utiles.

2. Analyse des études

Individus souffrant de dépression et qui sont de grands utilisateurs des soins médicaux

Une étude réalisée en 1992 par Katon et ses collègues⁵ mettait l'accent sur les soins axés sur la collaboration pour les patients souffrant de dépression et qui sont de grands utilisateurs des soins médicaux. Le niveau de collaboration de cette étude était haut : le psychiatre et le médecin de famille évaluaient le patient ensemble dans la même pièce et formulaient conjointement un plan de traitement que le médecin de famille mettait en oeuvre. Il y avait aussi une révision du cas durant le traitement et le médecin de famille recevait un protocole de traitement écrit de même qu'un article sur le traitement de la dépression. L'intervention n'a pas réussi à réduire l'utilisation des soins médicaux par le patient et n'a pas amélioré les résultats des patients malgré l'augmentation de l'adhésion des patients aux médicaments pour 6 mois. L'étude a cependant démontré quelques changements dans le comportement des médecins; on a observé une augmentation significative des ordonnances d'antidépresseurs chez les médecins qui collaboraient aux soins de 4 patients ou plus durant les 12 mois de l'étude.

Katzelnick et ses collègues⁶ ont aussi étudié les grands utilisateurs de soins en détresse, mais en utilisant une approche plus élaborée avec davantage de ressources. Les médecins assistaient à une séance de formation de 2 heures sur le diagnostique et le traitement de la

dépression; les patients recevaient du matériel éducatif spécialement conçu (écrit et audiovisuel); et l'étude comportait un protocole de pharmacothérapie écrit, des visites de suivi dont le nombre et la durée étaient normalisés, un contrôle de l'adhésion au traitement par des coordonnateurs de soins pour la dépression qui donnaient leurs rétroactions au médecin de famille de même qu'une consultation psychiatrique si le patient ne se portait pas bien. L'accent était mis de façon significative sur la réorganisation de la prestation de services afin d'obtenir des soins conformes aux directives. L'intervention a permis d'améliorer les résultats cliniques et l'état de santé général des patients, mais cela a entraîné une augmentation de la fréquence des visites.

Traitement initial des adultes souffrant de dépression

Une étude réalisée en 1995 par Katon et ses collègues⁷ mettait l'accent sur l'augmentation de la collaboration pour obtenir des soins conformes aux directives lors du traitement des patients adultes souffrant de dépression majeure ou mineure. Les éléments de la collaboration étaient : une formation renforcée du médecin de famille (séance d'une demi-journée), des conférences de cas mensuelles avec un psychiatre ainsi que des consultations au cas par cas avec rétroactions et interactions continues entre le psychiatre consultant et le médecin de famille. Des éléments additionnels ciblaient la qualité des soins : la visite initiale avec le médecin de soins de santé primaires était prolongée pour allouer plus de temps à la formation du patient et le psychiatre consultant voyait le patient entre les visites au médecin de famille, habituellement deux fois, mais occasionnellement 3 ou 4 fois. Lorsque survenaient des effets secondaires graves ou une résistance au traitement, le psychiatre collaborait avec le médecin de famille pour modifier la médication. Le psychiatre contrôlait aussi les données de renouvellement d'ordonnances pour identifier tout patient ayant interrompu le traitement. Les interventions de l'étude ont mené

à une amélioration des ordonnances et de l'adhésion aux médicaments après 90 jours, à l'amélioration de la satisfaction du patient envers le traitement ainsi qu'à l'amélioration des résultats pour la dépression majeure (mais non pas pour la dépression mineure) après 4 mois. Le plus grand bénéfice du programme était pour les patients qui avaient besoin de la participation du psychiatre parce qu'ils se portaient mal. Cette dernière constatation suggère que la durée et l'intensité de la collaboration pourraient être ciblées, et que cette dernière peut être plus rentable si l'accent est mis sur des groupes spécifiques de patients ou des situations cliniques.

Lin et ses collègues⁴ ont tenté de déterminer quelle composante de l'étude de Katon (1995)⁷ était la plus susceptible de mener à des résultats améliorés pour le patient entre la formation du médecin et la réorganisation des services. Ils ont découvert qu'alors que les soins étaient réalisés au niveau des directives pendant l'étude, il n'y avait pas d'effets positifs durables sur les résultats pour les patients et pas d'effets soutenus de la formation reçue par les médecins une fois que les composantes de la réorganisation des services étaient retirées à la fin de l'intervention formelle : les pratiques relatives aux ordonnances sont revenues aux mêmes niveaux qu'avant l'intervention et il en va de même pour la formation des patients et l'intensité du suivi. Les auteurs ont aussi découvert que les changements dans le comportement des médecins obtenus durant l'étude étaient limités aux patients du groupe d'intervention et qu'ils ne se généralisaient pas aux patients sans intervention qui ont été vus pendant la même période de temps. Ils ont conclu que la formation des médecins n'est pas un élément suffisant pour atteindre des soins au niveau des directives et que la réorganisation des services, notamment la collaboration avec des spécialistes de la santé mentale, est essentielle.

Hedrick et ses collègues⁸ ont effectué un essai comparatif randomisé (ECR) conçu pour comparer les soins axés sur la collaboration et

les soins comportant un lien de consultation sur le plan de leur effet sur la gravité de la dépression, l'état de santé et la satisfaction envers les soins. L'équipe de soins axés sur la collaboration était composée d'un psychiatre, d'un psychologue, d'un technicien en psychologie et de travailleurs sociaux (aucune mention du médecin de soins de santé primaires). Les patients qui ont obtenu un résultat positif au test de dépistage pour la dépression ont été évalués en personne ou par téléphone par le technicien en psychologie. Les membres de l'équipe de soins axés sur la collaboration se rencontraient chaque semaine pour élaborer des plans de traitement pour chaque patient et pour effectuer des révisions des progrès de chaque patient après 6 et 12 semaines. Les recommandations de l'équipe étaient ensuite envoyées au médecin de soins de santé primaires via le dossier de santé électronique. Les options de traitement étaient les médicaments ou un groupe de thérapie cognitivo-comportementale. Si le médecin de soins de santé primaires questionnait le diagnostic ou le plan de traitement, le psychiatre lui téléphonait et ils en venaient à un consensus. L'équipe de soins axés sur la collaboration effectuait aussi le suivi des dossiers de la pharmacie. Si des ordonnances convenues n'étaient pas rédigées au moment opportun, l'équipe de l'étude contactait le médecin de soins de santé primaires. Si les évaluations à 6 et 12 semaines démontraient un manque de progrès, une approche étape par étape était utilisée avec, en option, la possibilité de référence à une clinique spécialisée en santé mentale. Un travailleur social téléphonait à chaque patient sur une base régulière pour encourager l'adhésion au traitement et évaluer la réponse au traitement. En plus de ces interventions, les patients et les médecins de soins de santé primaires recevaient une formation sur la dépression et son traitement. Les éléments de collaboration réels dans cette étude étaient limités : le médecin de soins de santé primaires était bien informé au sujet de ses patients et il avait l'occasion de questionner le diagnostic ou les plans de traitement, mais il

semble qu'il y avait peu d'occasions pour des discussions de cas et pour de l'apprentissage. L'évaluation, la planification du traitement et le contrôle étaient pris en charge par des individus qui n'étaient pas des membres de l'équipe de soins de santé primaires. Les résultats ont démontré des bénéfices modestes des soins de santé axés sur la collaboration par rapport aux soins comportant un lien de consultation. Les patients recevant des soins de santé axés sur la collaboration se sont améliorés plus rapidement que les patients recevant des soins avec un lien de consultation, mais la différence entre eux a disparu après 9 mois. Les patients recevant des soins de santé axés sur la collaboration étaient plus susceptibles de recevoir une ordonnance pour un antidépresseur que les patients recevant des soins avec un lien de consultation, mais le caractère adéquat de la thérapie n'était pas différent entre les deux groupes. Les patients recevant des soins de santé axés sur la collaboration démontraient une plus grande amélioration sur les échelles d'incapacité. Il n'y avait pas de différences entre les groupes en termes de satisfaction envers les soins. C'était un protocole très complexe qui partageait la responsabilité des soins entre plusieurs prestataires et qui ne semblait pas reposer sur des relations étroites entre le médecin de soins de santé primaires et les spécialistes de la santé mentale impliqués. Cela exigerait des ressources considérables pour le maintenir dans une pratique réelle.

Une autre étude réalisée par Katon et son groupe⁹ impliquait un programme de traitement de la dépression hautement structuré avec un manuel qui incluait la formation du médecin et du patient, de la psychothérapie et du counseling pour améliorer l'adhésion aux médicaments. La composante de la psychothérapie était une thérapie du comportement fournie sur place par un psychologue clinicien qui s'est joint à l'équipe des soins de santé primaires pour la durée de l'étude. Les éléments de la collaboration comprenaient : le médecin de soins de santé primaires recevait une note de consultation écrite à la main le jour même de

chaque visite au psychologue; un plan de prévention des rechutes était placé dans le dossier du patient; et le psychologue rapportait les progrès à un psychiatre superviseur au cours d'une réunion d'équipe hebdomadaire. Le psychiatre consignait toutes les recommandations de traitement sur un formulaire standard qui étaient ensuite communiquées au médecin de soins de santé primaires par le psychologue. Le médecin de soins de santé primaires effectuait tous les ajustements de la médication. Dans cette étude, le médecin de soins de santé primaires semble avoir été bien informé concernant les progrès de chaque patient, mais relativement peu impliqué dans la planification du traitement et dans la prise de décisions. Les interventions de l'étude ont mené à des résultats quelque peu meilleurs pour les patients souffrant de dépression majeure. Les patients souffrant de dépression mineure n'ont pas obtenu de résultats significativement meilleurs que les patients du groupe témoin. Une fois de plus, le constat d'une réponse différentielle suggère que certains patients peuvent bénéficier davantage d'une collaboration renforcée que d'autres patients.

Wilkinson et ses collègues¹⁰ ont étudié l'impact du contrôle de l'adhésion aux antidépresseurs effectué par des infirmières praticiennes sous la supervision d'un omnipraticien en comparaison avec le traitement de la dépression avec un omnipraticien seulement. Les infirmières recevaient une formation de 8 à 12 heures sur la dépression, son évaluation et sa gestion, et elles fournissaient une formation au patient ainsi qu'un suivi des médicaments sous la supervision d'un omnipraticien durant 5 visites pendant 8 semaines. La moitié des patients de l'étude n'ont pas réussi à adhérer aux médicaments et il n'y avait pas de différences dans l'adhésion entre le groupe de traitement renforcé par des infirmières et le groupe recevant des soins avec un omnipraticien seulement. Malgré le grand nombre de patients qui n'ont pas réussi à adhérer au traitement, la plupart des patients dans les deux groupes se sont améliorés de façon significative et il n'y avait pas de différences

significatives dans les résultats cliniques entre les groupes.

Hunkeler et ses collègues¹¹ ont aussi ciblé le respect du traitement par le patient en utilisant l'infirmière de télésanté ou la télésanté plus le soutien par les pairs, et ils ont comparé ces interventions avec les soins habituels. Les infirmières qui faisaient déjà partie de l'équipe des soins de santé primaires étaient formées pour effectuer un contrôle manuel par téléphone et pour fournir un soutien aux patients. Les personnes qui soutenaient leurs pairs étaient formées pour effectuer des appels téléphoniques ou des visites en personne pour partager des habiletés d'adaptation et apporter un soutien émotionnel. Cette dernière partie du programme n'a pas été mise en oeuvre avec succès. Les éléments de collaboration comprenaient une liaison étroite entre l'infirmière de l'équipe et le médecin de soins de santé primaires, avec une rétroaction régulière au médecin concernant les progrès de chaque patient. La référence vers un spécialiste de la santé mentale était possible, au besoin. Recourir à l'infirmière de télésanté avec ou sans le soutien par les pairs a permis d'obtenir des résultats cliniques améliorés à 6 semaines et 6 mois en comparaison avec les soins habituels. L'amélioration des résultats cliniques s'est produite malgré le fait que l'adhésion aux médicaments n'était pas meilleure que dans le groupe témoin. Les auteurs ont déduit des résultats que la raison derrière la plus grande amélioration clinique dans le groupe de télésanté était le soutien émotionnel fourni par les infirmières praticiennes. L'applicabilité de cette intervention dans une situation réelle est notable : elle pourrait être facilement mise en oeuvre par une équipe de soins de santé primaires avec un investissement relativement modeste en temps supplémentaire pour les soins infirmiers.

Une étude plus complexe avec des objectifs similaires a été rapportée par Simon et ses collègues¹². Cet essai comparatif randomisé (ECR) comparait deux méthodes de contrôle des patients souffrant de dépression avec les soins

habituels. L'intervention « avec rétroactions seulement » fournissait des rapports informatisés détaillés sur le nombre de visites et le nombre de renouvellements d'ordonnances pour chaque patient à 8 et 16 semaines après l'ordonnance initiale d'antidépresseurs en plus de donner des recommandations de traitement basées sur des algorithmes aux prestataires de soins de santé primaires. L'intervention « avec rétroactions plus gestion des soins » ajoutait à ces interventions un suivi systématique et la gestion des soins par téléphone : un gestionnaire de soins pour la dépression effectuait deux appels téléphoniques aux patients à 8 et 16 semaines pour contrôler le respect du traitement, les symptômes dépressifs et les effets secondaires des médicaments. On ne sait pas clairement quel degré de collaboration a été atteint dans l'intervention « avec rétroactions seulement » et s'il y a eu un contact direct ou non avec le prestataire de soins de santé primaires. Dans le groupe « avec rétroactions plus gestion des soins », le gestionnaire de soins assistait le prestataire de soins de santé primaires pour mettre en oeuvre les recommandations de traitement (p. ex. établir l'horaire des visites) et il prenait directement contact avec le prestataire de soins de santé primaires lors de situations urgentes. Le groupe « avec rétroactions plus gestion des soins » a obtenu de meilleurs résultats que le groupe recevant des soins habituels après 6 mois. Le groupe « avec rétroactions seulement » n'a pas fait mieux que le groupe recevant des soins habituels. Comme dans l'étude de Hunkeler¹¹, l'amélioration dans les résultats pour les patients, jumelée avec le suivi téléphonique et le contrôle, s'est produite sans amélioration significative quant à l'adhésion aux médicaments. Le soutien émotionnel d'un membre de l'équipe professionnelle travaillant avec le médecin de soins de santé primaires peut en effet être le facteur critique.

Swindle et ses collègues¹³ ont examiné l'impact des infirmières spécialisées dans les soins de la dépression versus les soins habituels dans le cadre d'une étude impliquant deux cliniques de médecine générale de l'administration des

vétérans aux États-Unis. Dix infirmières cliniques spécialisées expérimentées ont été assignées à la clinique d'intervention (1 par demi-journée) et on leur donnait une formation sur le protocole de l'étude. Pour les patients qui avaient obtenu un résultat positif au test de dépistage PRIME-MD, les infirmières cliniques spécialisées concevaient un plan de traitement basé sur un algorithme selon les directives et, après discussion avec le médecin de soins de santé primaires et le patient, elles mettaient le plan en oeuvre et fournissaient un contrôle par téléphone à des intervalles pré-établis. Si les patients ne réussissaient pas à s'améliorer, s'ils éprouvaient des problèmes avec les médicaments ou s'ils ne respectaient pas leur traitement, les infirmières cliniques spécialisées prévoyaient une visite en personne seules ou avec le médecin de soins de santé primaires et un changement dans le plan de traitement était formulé après discussion avec le médecin. Les patients souffrant de comorbidités médicales graves, d'effets secondaires intolérables ou qui ne réagissaient pas aux médicaments étaient référés à une clinique de santé mentale pour recevoir de la psychothérapie ou des régimes posologiques de médicaments plus complexes. Les infirmières cliniques spécialisées accompagnaient ces patients à leur première visite et faisaient des rapports réguliers sur leurs progrès au médecin de soins de santé primaires. Les éléments de collaboration de cette étude étaient élevés : toutes les décisions de traitement étaient discutées avec le médecin de soins de santé primaires avant d'être appliquées; un psychiatre était disponible pour les infirmières cliniques spécialisées afin de discuter des plans de traitement ou pour offrir des conseils au besoin; le plan de traitement original et tous ses changements incluaient la participation du médecin de soins de santé primaires; et les infirmières cliniques spécialisées servaient de lien entre la clinique de santé mentale et le médecin de soins de santé primaires pour tous les patients qui avaient besoin d'être référés. Les résultats étaient cependant négatifs : les patients du groupe d'intervention n'étaient pas moins dépressifs que les patients du groupe témoin à 3

et 12 mois et il n'y avait pas de différences dans le taux d'ordonnances d'antidépresseurs ou le caractère adéquat du dosage des antidépresseurs entre les deux groupes. Une raison probable de l'échec de cette étude à démontrer des résultats positifs réside dans le fait que les infirmières cliniques spécialisées étaient en désaccord avec le diagnostic du test PRIME-MD dans 40% des cas et qu'elles n'entreprenaient pas de traitement. Les auteurs ont formulé l'hypothèse selon laquelle l'expérience des infirmières cliniques spécialisées dans des cliniques de santé mentale avec des patients souffrant de dépression grave aurait pu les amener à sous-diagnostiquer et à sous-traiter les patients dans un contexte de soins de santé primaires. Cette impression est soutenue par le fait que plus un patient était dépressif, plus il était probable que l'infirmière clinique spécialisée entreprenne un traitement et que le résultat clinique soit meilleur. Ce résultat différentiel fournit un soutien additionnel en faveur du concept d'une collaboration plus ciblée. Cependant, cette étude nous enseigne une autre leçon : le personnel « importé » des cliniques spécialisées peut ne pas bien fonctionner dans un contexte de soins de santé primaires s'il ne reçoit pas une orientation plus complète.

Peveler et ses collègues¹⁴ ont évalué deux différentes méthodes de formation des patients conçues pour améliorer l'adhésion aux médicaments antidépresseurs. Les patients qui avaient commencé à prendre des antidépresseurs sur ordonnance de leur omnipraticien étaient randomisés pour recevoir un des services suivants : un counseling basé sur le protocole donné par une infirmière formée à 2 et 8 semaines après le début du traitement aux antidépresseurs; une brochure d'information spécialement conçue pour le patient; les deux interventions; ou un traitement habituel avec l'omnipraticien. La pratique axée sur la collaboration était limitée à la formation du patient par des infirmières spécialement formées dans le contexte des soins de santé primaires. Le counseling concernant les médicaments a amélioré l'adhésion des patients sur 12

semaines, mais les brochures, utilisées seules ou en combinaison avec le counseling offert par l'infirmière, n'ont pas eu d'effets sur l'adhésion. Une amélioration des résultats cliniques a été constatée seulement chez les patients souffrant de troubles dépressifs majeurs qui recevaient des doses d'antidépresseurs égales ou supérieures à 75 mg d'amitriptyline. Il est important de noter que seulement 50% des patients référés dans l'étude rencontraient vraiment les critères de dépression majeure et que plusieurs d'entre eux recevaient de très petites doses de médicaments. Il est probable que le counseling offert par l'infirmière aurait produit un plus grand effet sur l'adhésion et le résultat clinique s'il y avait eu plus de patients souffrant de dépression majeure modérément grave dans l'étude.

La formation du patient et l'adhésion aux médicaments constituaient aussi les éléments centraux d'une étude réalisée par Adler et ses collègues¹⁵ qui a comparé une intervention par un pharmacien avec une intervention avec des soins habituels chez des patients de soins de santé primaires souffrant de dépression. L'intervention était guidée par un protocole basé sur les directives de la Agency for Health Care Policy and Research et comprenait les éléments suivants : un historique complet des médicaments, une évaluation des problèmes reliés aux médicaments, le contrôle de l'efficacité et de la toxicité des médicaments, la formation des patients concernant la dépression et les antidépresseurs, l'encouragement à l'adhésion ainsi que la facilitation de la communication avec le prestataire de soins de santé primaires du patient. Les éléments de collaboration comprenaient un historique complet des médicaments et des recommandations pour l'amélioration du régime posologique des médicaments fournis au prestataire de soins de santé primaires. Les pharmaciens étaient disponibles pour consultation avec le prestataire de soins de santé primaires au cours de l'étude. Ils ont aussi encouragé et facilité les références vers les spécialistes de la santé mentale. Les prestataires de soins de santé primaires du groupe témoin

recevaient les résultats du test de dépistage de la dépression. Autrement, les soins étaient comme à l'habitude. Les résultats étaient mixtes : les patients du groupe d'intervention étaient plus susceptibles de prendre des antidépresseurs à 3 et 6 mois, mais leur état clinique n'était pas mieux que celui des patients du groupe témoin à 3, 6, 12 ou 18 mois. Encore une fois, le clivage entre l'adhésion aux médicaments et le résultat clinique est frappant.

Une des études les plus intéressantes de traitement de la dépression axé sur la collaboration a été menée par Rost et ses collègues¹⁶ qui ont élaboré une intervention qui mettait à niveau les habiletés des employés actuels de la pratique au lieu de recruter des spécialistes externes de la santé mentale pour travailler dans un contexte de soins de santé primaires. Avant le début de l'étude, les médecins ont suivi une formation de perfectionnement complète conçue pour leur permettre de diagnostiquer et de traiter la dépression majeure au niveau des directives. Ils étaient aussi présentés par téléphone à un psychiatre qui était disponible pour un soutien et une consultation téléphoniques. Les réceptionnistes ou les autres employés administratifs déjà existants étaient formés pour dépister la dépression chez tous les patients selon un processus en deux étapes. Si le médecin de soins de santé primaires était d'accord avec le diagnostic de dépistage, le patient recevait du matériel éducatif à lire et il était référé à l'infirmière praticienne qui avait reçu 8 heures de formation sur le dépistage et la gestion de la dépression majeure. L'infirmière effectuait une évaluation structurée des symptômes et des préférences de traitement pour les médicaments ou la psychothérapie. Le médecin rencontrait ensuite le patient le même jour et mettait en place un plan de traitement basé sur ses constatations et sur celles de l'infirmière. L'infirmière praticienne contactait les patients une fois par semaine pendant 5 semaines ou plus, au besoin, afin de documenter les symptômes et l'adhésion au traitement. Pour encourager l'adhésion continue au traitement,

les infirmières praticiennes contactaient les patients une fois par mois pendant 24 mois, révisaient leurs symptômes, leur adhésion aux médicaments et encourageaient ceux qui ne se sentaient pas bien à parler à leur médecin de famille. Les infirmières donnaient au médecin de soins de santé primaires des résumés mensuels de l'état et des progrès de tous les patients en traitement. La collaboration dans cette étude se déroulait exclusivement entre l'infirmière praticienne existante, la réceptionniste et le prestataire de soins de santé primaires. Aucun des médecins de soins de santé primaires de l'étude n'a contacté le psychiatre sur appel. Les éléments de collaboration comprenaient le partage des rôles d'évaluation, de l'information et des responsabilités de suivi. Les résultats de cette étude étaient impressionnants : l'utilisation des antidépresseurs et l'utilisation de la psychothérapie étaient toutes les deux plus élevées dans les pratiques avec intervention que dans les pratiques témoins; les taux de rémission étaient plus élevés dans les pratiques avec intervention; le fonctionnement du rôle émotionnel et le fonctionnement du rôle physique étaient plus élevés dans les pratiques avec intervention sur les deux ans de l'étude. Une des forces de cette étude réside en ce qu'elle suivait les patients pour une période de temps plus longue que les études d'autres interventions. Cependant, il y avait des coûts pour tout cela : à mi-chemin de l'étude, il est devenu évident que les réceptionnistes ne pourraient plus gérer la première étape du protocole de dépistage en plus de leurs tâches habituelles et, à la fin de l'étude de 2 ans, le personnel sentait qu'il ne pouvait plus continuer avec le protocole parce que les demandes étaient trop importantes par rapport à leurs horaires de travail. Le message ici semble être que le personnel de pratique existant peut être formé pour collaborer en tant qu'équipe afin de fournir des soins au niveau des directives et d'atteindre des résultats de haute qualité, mais que des ressources additionnelles sont nécessaires pour financer le temps supplémentaire que cela requiert. Rost¹⁷ a mené une analyse post hoc des données de cette étude pour déterminer si les

coûts du programme étaient justifiés en termes de résultats améliorés pour le patient. Il a rapporté deux constatations importantes : (1) le ratio coût-efficacité de l'amélioration des soins de santé pour la dépression est aussi, sinon plus, rentable que le counseling pour la désaccoutumance du tabac, la pharmacothérapie pour l'hypertension, la pharmacothérapie pour l'hypercholestérolémie, la réhabilitation pour la broncho-pneumopathie chronique obstructive ou le dépistage de la dépression uniquement. (2) Les années de qualité de vie différentielles augmentaient avec le temps alors que les coûts différentiels déclinaient, c'est-à-dire que la gestion de la dépression devenait plus efficace et moins coûteuse avec le temps. Un autre message clé est que la collaboration avec le psychiatre consultant de l'étude n'a pas eu lieu après que les médecins de soins de santé primaires et le psychiatre aient été présentés par téléphone. Les rencontres en personne et/ou les relations cliniques déjà existantes auraient pu résulter en une utilisation accrue du psychiatre par les médecins de soins de santé primaires.

Dépression persistante et prévention des rechutes

Katon et ses collègues¹⁸ ont testé les soins axés sur la collaboration ciblant les patients de soins de santé primaires souffrant de dépression qui avaient été traités par leur médecin de soins de santé primaires, mais qui avaient des symptômes persistants ou de l'insensibilité. L'intervention de l'étude fournissait une formation améliorée du patient, une évaluation par un psychiatre en 2 séances sur place, un appel téléphonique du psychiatre entre les séances et des séances supplémentaires, au besoin. Le psychiatre contrôlait aussi l'adhésion aux médicaments grâce aux données pharmaceutiques sur les renouvellements d'ordonnances. Les éléments de collaboration incluaient les rétroactions et les recommandations de traitement au prestataire de soins de santé primaires à la suite de chaque séance clinique de même que des rétroactions sur l'adhésion des patients aux médicaments. Les résultats étaient positifs : l'adhésion aux

médicaments était meilleure dans le groupe d'intervention que dans le groupe recevant des soins habituels à 3 mois et 6 mois; plus de patients avec intervention recevaient des soins au niveau des directives; et les patients avec intervention avaient de meilleurs résultats cliniques à 3 et 6 mois. Une analyse de la rentabilité de ce programme a été subséquemment rapportée par Simon et ses collègues¹⁹. Ces auteurs ont découvert que les coûts du traitement de la dépression étaient approximativement de 340\$ US de plus pour le groupe recevant des soins axés sur la collaboration et que ces coûts étaient dus aux prix augmentés des ordonnances d'antidépresseurs et aux visites plus fréquentes des patients externes. Les constatations de ces deux études suggèrent qu'une approche de la collaboration par étape et la participation d'un psychiatre réservé aux patients de soins de santé primaires ayant démontré un besoin pour des soins spécialisés peuvent être une façon plus rentable de recourir à la collaboration.

Walker et ses collègues²⁰ ont analysé plus en détails les données de l'étude de Katon (1999) et ont tenté de déterminer si la gravité de la dépression avait un impact sur l'efficacité de l'intervention de soins de santé axés sur la collaboration auprès de cette population. Ils ont comparé les résultats des traitements de la dépression axés sur la collaboration versus les soins habituels chez des patients identifiés comme souffrant de dépression grave versus légère/modérée avant la randomisation. Ils ont découvert qu'il y avait une tendance chez les patients avec intervention souffrant de dépression plus grave à s'améliorer plus rapidement que ceux du groupe témoin entre la base de référence et 3 mois, mais qu'après 3 mois, les patients avec intervention développaient des symptômes de détérioration. Il est important de noter que l'intervention concrète (voir le psychiatre) cessait à 3 mois. De plus, les chercheurs ont découvert que l'aggravation des symptômes n'était pas due à une diminution de l'adhésion aux médicaments. En revanche, les patients souffrant d'une

dépression moins grave ont aussi fait des gains significatifs durant les 3 premiers mois et continuaient à adhérer au traitement. De plus, ils ont été en mesure de maintenir leurs gains avec des visites au médecin de soins de santé primaires. Les auteurs ont formulé l'hypothèse selon laquelle pour les cas plus graves de dépression, la pharmacothérapie améliorée seule n'était pas adéquate pour maintenir les résultats améliorés une fois que le soutien du psychiatre s'était arrêté. Ils ont conclu que les patients souffrant de dépression plus grave pouvaient avoir besoin d'un suivi clinique plus intensif et/ou d'une psychothérapie pour arriver à maintenir leurs améliorations.

Une autre étude par Katon et ses collègues²¹ mettait l'accent sur des patients qui étaient rétablis de la dépression, mais qui présentaient des risques de rechute. Un «spécialiste de la dépression» rencontrait les patients dans le contexte des soins de santé primaires pour les informer au sujet de la rechute de la dépression, des auto-soins, des signes avant-coureurs et des stratégies de résolution de problèmes en plus de développer un plan personnalisé de prévention des rechutes avec chaque patient. Ces rencontres étaient complétées par des appels téléphoniques du spécialiste de la dépression à des intervalles pré-établis et par 4 questionnaires personnalisés envoyés par la poste sur une période de 12 mois afin de documenter les symptômes de rechute et l'adhésion aux médicaments. Les éléments de collaboration de cette étude étaient limités : les médecins de soins de santé primaires étaient informés des progrès de chaque patient sur une base régulière et le plan de prévention des rechutes était partagé avec le médecin de soins de santé primaires. Les patients du groupe avec intervention adhéraient mieux aux médicaments que les patients du groupe témoin et avaient moins de symptômes de dépression, mais ils n'ont pas eu moins d'épisodes de rechutes. Comme dans les études examinées ci-dessus, cette étude démontrait que les interventions axées sur la collaboration impliquant une formation améliorée du patient et un contrôle sur une plus

longue période peuvent améliorer l'adhésion aux médicaments, mais que l'adhésion seule ne peut pas produire de meilleurs résultats.

Deuxièmement, la prévention des rechutes peut requérir un plan de surveillance plus personnalisé et intensif que celui que l'étude était en mesure de fournir.

Dépression chez les personnes âgées

Deux essais comparatifs randomisés impliquant des soins axés sur la collaboration ont mis l'accent sur la dépression chez les personnes âgées. Unützer et ses collègues²² ont mené une étude (The Improving Mood-Promoting Access to Collaborative Treatment (IMPACT)) qui comparait un modèle de soins de santé axés sur la collaboration à facettes multiples avec celui des soins habituels par prestataire de soins de santé primaires. L'étude s'est déroulée dans 18 cliniques de soins de santé primaires dans 5 états américains. La composante majeure de l'intervention consistait à utiliser un spécialiste formé en soins de la dépression (un psychologue ou une infirmière) qui évaluait les patients rencontrant les critères pour la dépression majeure ou de la dysthymie, leur fournissait du matériel éducatif sur la dépression, discutait de leurs préférences de traitement et révisait ensuite l'évaluation avec le psychiatre superviseur ainsi qu'un expert de soins de santé primaires en liaison (non pas le médecin de soins de santé primaires du patient) durant une réunion d'équipe hebdomadaire. Le spécialiste en soins de la dépression travaillait ensuite avec le médecin de soins de santé primaires initial du patient pour établir un plan de traitement selon un algorithme de traitement recommandé. Les médicaments et le traitement avec résolution de problèmes étaient des options disponibles. L'algorithme était basé sur une approche par étape du traitement. Le spécialiste en soins de la dépression (DCS = depression care specialist) fournissait aussi un contrôle en personne ou par téléphone à chaque deux semaines et, une fois que les patients étaient guéris, il travaillait avec eux pour développer un plan de prévention des rechutes. Le spécialiste en soins de la dépression

(DCS) contactait ensuite le patient mensuellement pour effectuer un contrôle et fournir un soutien pour le reste de la période de 12 mois. Les éléments de collaboration de ce programme étaient limités : le prestataire de soins de santé primaires était impliqué dans le plan de traitement initial mais, suite à cela, son implication paraît avoir été limitée à rédiger des ordonnances. Les décisions de traitement subséquentes et les principales fonctions de révision de cas du projet étaient effectuées par l'équipe de l'étude. Les résultats étaient statistiquement bons : les patients avec intervention avaient des taux plus élevés de traitement de la dépression que les patients du groupe témoin, une meilleure satisfaction concernant leurs soins et de plus grandes améliorations de la dépression à tous les points de suivi jusqu'à 1 an. Les bénéfices de ce programme augmentaient d'une manière de dose à effet durant les 12 mois de l'essai. Il est cependant à noter que même dans des conditions de recherche, seulement la moitié des patients avec intervention expérimentaient une réduction de 50% des symptômes de la dépression tandis que seulement 30% expérimentaient une rémission complète, et que ces résultats requéraient un niveau assez élevé de soutien organisationnel pour être atteints. Les coûts du programme étaient de 553\$ par patient sur 12 mois. Même si la collaboration avec le prestataire de soins de santé primaires semble avoir été assez limitée, ce programme a toutefois des forces : il prenait en considération les préférences du patient pour un traitement avec les médicaments versus une psychothérapie, il utilisait une approche des soins par étape et recourait à des spécialistes de la santé mentale plus coûteux uniquement pour les patients qui n'allaient pas bien, et il était mis en oeuvre dans plusieurs cliniques avec des populations diverses de patients qui étaient situées dans des régions géographiquement différentes des États-Unis.

Une analyse subséquente des données de cette étude par Harpole et ses collègues²³ a cherché à déterminer si la présence de multiples maladies médicales comorbides affectait la réponse du

patient au programme de traitement de la dépression. Les patients de cette étude avaient une moyenne de 3.8 conditions médicales chroniques. Ceux qui avaient plus de problèmes médicaux présentaient une gravité de dépression plus élevée. Malgré cela, il n'y avait pas de différences dans les réponses au programme de traitement de la dépression IMPACT. Par conséquent, même les patients âgés souffrant de maladies médicales comorbides significatives et de dépression plus grave bénéficiaient de l'intervention.

Bartels et ses collègues²⁴ ont examiné l'impact de l'emplacement du traitement sur la probabilité pour que les patients âgés souffrant de dépression, d'anxiété ou de toxicomanie s'engagent dans les soins. Ils ont comparé les services de santé mentale intégrés dans le contexte des soins de santé primaires avec une référence facilitée et améliorée aux cliniques de santé mentale spécialisées traditionnelles. Les cliniques intégrées rencontraient des critères d'inclusion de base : elles étaient situées dans le contexte de soins de santé primaires, aucune signalisation ne les identifiait en tant que services de santé mentale, le traitement était effectué par des professionnels de la santé mentale ou en toxicomanie licenciés, une communication verbale ou écrite s'effectuait avec le prestataire de soins de santé primaires, et le temps d'attente pour un rendez-vous était de 4 semaines maximum. De la même façon, les cliniques de référence améliorée en santé mentale rencontraient les critères suivants : elles n'étaient pas situées dans une clinique de soins de santé primaires, le traitement était effectué par des professionnels de la santé mentale ou en toxicomanie licenciés, une aide était fournie au patient pour le transport de même que pour les coûts du traitement et un suivi était effectué si le patient ne se présentait pas aux rencontres. Les éléments de collaboration étaient limités au co-emplacement et à la communication verbale ou écrite avec le prestataire de soins de santé primaires dans la branche de l'intervention. Il n'y avait pas de composantes de collaboration décrites dans la branche de référence améliorée

de l'étude. Les patients des cliniques intégrées avaient des taux d'implication plus élevés que ceux qui ont été randomisés pour appartenir à la branche de référence améliorée. Les deux modèles comportaient des proportions similaires de patients ayant fait une seule visite, mais les patients du modèle intégré étaient plus susceptibles de retourner pour des visites subséquentes. Le modèle intégré était aussi associé à un nombre moyen de visites de traitement plus élevé pour les patients souffrant de dépression et de consommation abusive d'alcool et d'autres drogues, mais pas pour ceux atteints de troubles de l'anxiété. Bien que le degré de collaboration rapporté dans cette étude soit limité, cette dernière offre un apport important à la littérature sur les soins axés sur la collaboration : **l'emplacement a de l'importance**. Même avec de l'aide pour le transport et une couverture pour les coûts des services de santé mentale traditionnels «hors site», les patients étaient plus susceptibles de s'engager dans un traitement si le service était fourni dans le contexte des soins de santé primaires. Il n'est pas clair si c'est la familiarité à l'égard du contexte, les soucis à propos du stigmatisme ou la commodité de ne pas avoir à se déplacer davantage qui est le facteur déterminant de cette préférence. Les résultats de cette étude sont davantage soutenus par trois essais comparatifs randomisés (ECR) de la littérature sur la toxicomanie^{25,26,27} qui examinaient l'impact des soins intégrés versus les soins de santé primaires séparés sur le traitement de la consommation abusive d'alcool et d'autres drogues. Une fois de plus, ces programmes fournissaient des services intégrés du point de vue géographique sans information sur la collaboration entre les prestataires de soins de santé. Pourtant, dans les trois études, les patients ont obtenu de meilleurs résultats dans les modèles intégrés et ce sont les patients en moins bonne santé qui en ont bénéficié le plus.

Services aux enfants et aux adolescents

Une étude par Abrahams et Udwin²⁸ évaluait un nouveau service de psychologie clinique basé sur les soins primaires pour enfants et adolescents au Royaume-Uni, et elle le comparait avec un service de santé mentale traditionnel pour enfants et adolescents. Le nouveau service visait à soutenir les équipes de soins de santé primaires en fournissant de la consultation et de la formation sur les compétences psychologiques et les questions de santé mentale chez l'enfant afin d'améliorer la gestion des problèmes de santé mentale à l'intérieur d'un contexte de médecine générale et de faciliter l'accès à d'autres services de niveau secondaire ou tertiaire, lorsque nécessaire. Les détails sur l'intervention sont limités. L'évaluation mettait l'accent sur l'effet du nouveau service sur les références de l'omnipraticien, les temps d'attente, les taux d'engagement, la satisfaction de l'omnipraticien et du patient ainsi que sur la stigmatisation. Après 12 mois, il n'y avait pas de différences entre le nombre de références pour le service basé sur les soins de santé primaires et le service traditionnel mais, d'une façon significative, davantage de références au service de soins de santé primaires provenaient des omnipraticiens. Les usagers ont rapporté leur satisfaction à l'égard du service et, en particulier, le sentiment d'être moins stigmatisés. Les omnipraticiens ont rapporté de hauts niveaux de satisfaction par rapport au service. Il n'y avait pas de différences dans la proportion de cas qui ne se sont pas rendus à leur premier rendez-vous mais, parmi ceux qui y sont allés, les patients du service basé sur les soins de santé primaires avaient besoin de moins de séances pour compléter leur traitement. Les auteurs ont formulé l'hypothèse selon laquelle c'était parce que plusieurs patients étaient vus en consultation plus tôt au cours de leur maladie qu'ils avaient ainsi besoin de traitements plus courts. Si on faisait une réplique de cette étude dans le cadre d'études plus importantes, cette découverte aurait une

importance considérable pour les cliniciens et ceux qui financent les soins cliniques.

Services aux personnes atteintes de maladie mentale grave et persistante

Warner et ses collègues²⁹ ont développé un dossier de soins tenu par le patient conçu pour améliorer le partage de l'information entre les prestataires de soins de santé et pour augmenter à la fois la continuité des soins et la satisfaction du patient. Ils ont mené un essai comparatif randomisé sur l'utilisation de ce dossier chez 55 patients du Royaume-Uni souffrant d'une maladie mentale à long terme et qui étaient soignés dans le contexte de médecine générale, avec la participation continue d'un ou de plusieurs prestataires de soins de santé mentale. Le dossier était conçu pour contenir les noms et les coordonnées de tous les prestataires clés, de brèves notes cliniques, les détails des médicaments et les dates des futurs rendez-vous. Les patients de la branche d'intervention recevaient des instructions verbales et écrites sur l'utilisation du dossier. Les omnipraticiens et les autres prestataires de soins de santé étaient orientés dans le cadre de l'étude et on leur montrait comment utiliser le dossier. Les patients de la branche du groupe témoin recevaient les soins habituels. L'étude a été menée sur 12 mois. Les résultats étaient principalement négatifs : il y avait une faible fréquence d'utilisation du dossier par les patients et les professionnels de soins de santé, et le fait de tenir un dossier n'a pas eu d'effet significatif sur l'état de santé mentale ou la satisfaction envers les soins. Les patients qui étaient activement psychotiques étaient significativement moins susceptibles d'utiliser le dossier que les autres patients.

Lester et ses collègues³⁰ ont aussi étudié l'utilité des dossiers de soins cliniques tenus par les patients en mettant l'accent sur les patients souffrant de schizophrénie qui recevaient des soins partagés. Leur étude était conçue dans le but de démontrer si l'utilisation des dossiers résultait ou non en des changements dans les résultats cliniques, la satisfaction ou l'utilisation

des services. Des groupes cibles de cliniciens étaient utilisés pour développer le contenu du dossier tenu par le patient et tous les professionnels de la santé impliqués dans l'étude recevaient une formation concernant l'utilisation du dossier. Après 12 mois de mise en oeuvre, la majorité des patients avaient encore le dossier et l'avaient utilisé, particulièrement pour communiquer avec leur travailleur clé, mais il n'y avait pas de différences dans le résultat clinique, la satisfaction ou l'utilisation des services comparativement aux patients dans le groupe témoin. Considéré conjointement avec l'étude de Warner²⁹, l'essai de Lester sur les dossiers tenus par le patient suggère que l'échange de notes écrites entre les prestataires et les patients peut être difficile à mettre en oeuvre et avoir certains effets positifs sur la communication entre les prestataires, mais il est improbable qu'il change les résultats cliniques.

Burns et ses collègues³¹ ont examiné l'impact de l'action d'enseigner aux infirmières de médecine générale du Royaume-Uni à effectuer des évaluations cliniques régulières et structurées chez les patients souffrant de schizophrénie qui recevaient des médicaments-retard. Cette intéressante étude qui se basait sur les résultats d'une étude précédente menée par les mêmes chercheurs³² a découvert que les omnipraticiens qui étaient formés pour effectuer les évaluations structurées étaient plus susceptibles que ceux dans le groupe témoin à apporter des changements dans les régimes posologiques de médicaments des patients et/ou à faire des références aux infirmières psychiatriques communautaires. Les omnipraticiens ont cependant cessé de faire les évaluations après 6 mois en raison de contraintes de temps. La présente étude était conçue dans le but de déterminer si la prise en charge de cet aspect des soins par les infirmières praticiennes était davantage faisable. Les patients qui recevaient des neuroleptiques-retard étaient randomisés pour recevoir des évaluations régulières structurées par des infirmières praticiennes ou pour recevoir des soins habituels. Certaines infirmières se sont portées volontaires pour une

formation sur les évaluations durant un atelier d'une journée alors que d'autres infirmières ont été formées individuellement à mesure que le programme était mis en oeuvre dans leur contexte de pratique. Le concept de cette étude comportait un défaut significatif : bien que les infirmières étaient toutes des membres établis des équipes de soins de santé primaires où l'intervention se déroulait, elles n'avaient reçu aucune instruction sur ce qu'elles devaient faire advenant le cas où leurs évaluations révélaient des problèmes ou des constatations anormales. Par conséquent, les résultats étaient mixtes. Bien que les infirmières étaient significativement plus constantes que les omnipraticiens pour mener à bien les évaluations structurées et qu'elles étaient en mesure de détecter et de consigner un grand nombre de problèmes durant les 2 ans de l'étude, leurs observations n'étaient pas communiquées aux omnipraticiens et n'ont pas mené à la prise de mesures cliniques appropriées. En conséquence, il n'y avait pas de différences entre les patients de l'étude et ceux du groupe témoin autant au niveau du processus que du résultat des soins. De façon intéressante, le groupe d'infirmières non volontaires qui avaient attendu une formation individuelle et qui étaient probablement moins enthousiastes à l'égard du programme étaient significativement moins portés à effectuer les évaluations. Avec un degré élevé de collaboration entre l'infirmière et l'omnipraticien ainsi qu'avec une formation et une orientation plus prudentes, cette étude aurait pu engendrer des résultats plus positifs.

Gater et ses collègues³³ ont développé un projet pluriannuel pour évaluer l'impact d'une équipe multidisciplinaire basée dans la communauté sur la qualité des soins reçus par les patients du Royaume-Uni atteints de maladie mentale grave (MMG). L'équipe était formée de 2 infirmières psychiatriques, d'un travailleur social, d'un ergothérapeute, d'un psychologue, de 2 psychiatres consultants et de 3 chefs internes. L'équipe de santé mentale a établi des liens étroits avec l'équipe de soins de santé primaires et fournissait les soins dans les cabinets des

omnipraticiens. Un concept de groupes randomisés a été utilisé pour comparer la qualité des soins reçus par les patients d'un groupe d'omnipraticiens qui étaient liés à la nouvelle équipe communautaire avec les patients d'un groupe d'omnipraticiens qui continuaient d'utiliser les services hospitaliers traditionnels. Les patients du groupe d'intervention étaient jumelés avec un travailleur clé qui était responsable du contact continu avec eux et de la coordination de leurs soins. Des évaluations complètes étaient effectuées pour identifier quels besoins de traitement n'étaient pas comblés, des plans de traitement ciblés ont été élaborés, des examens cliniques réguliers ont été effectués et des plans de réadaptation ont été formulés et mis en œuvre. La collaboration avec le prestataire de soins de santé primaires se déroulait par l'entremise de rencontres régulières avec les équipes de soins de santé primaires et les cliniques psychiatriques hebdomadaires dans les cabinets des omnipraticiens. Après 2 ans, la qualité des soins était plus élevée dans le groupe d'intervention en comparaison avec le groupe témoin : les patients avaient moins de besoins de traitement non comblés et ils étaient plus satisfaits des soins qu'ils recevaient. De plus, des types spécifiques d'interventions étaient beaucoup plus souvent fournis de façon appropriée au groupe d'intervention, ce qui comprenait le contrôle régulier, les traitements psychologiques, la stimulation sociale et les activités protégées. Une force majeure de cette étude réside en ce qu'elle a été capable de jumeler la collaboration avec des initiatives d'amélioration de la qualité et d'obtenir des effets positifs maintenus sur une longue période de temps. Après que les interventions actives de l'étude aient été retirées, les chercheurs ont continué de contrôler les patients pour 2 années supplémentaires. Quatre ans après la mise en œuvre de l'équipe basée dans la communauté, la qualité améliorée des soins était maintenue.

Bindman et ses collègues³⁴ ont aussi étudié l'impact des travailleurs de liaison dans le contexte des soins de santé primaires en utilisant la méthodologie d'étude cas-témoins pour

déterminer si cette façon de fournir des soins affectait l'utilisation des lits d'hôpitaux, si un accent mis sur les patients atteints de maladie mentale grave (MMG) pourrait être maintenu et si le service pourrait être « rentable ». Dans une médecine générale au Royaume-Uni, des membres d'une équipe de santé mentale communautaire (CMH = community mental health) ont été assignés à tous les patients atteints de maladie mentale grave qui recevaient des soins d'un omnipraticien. Les membres de l'équipe de soins de santé mentale servaient de travailleurs de liaison entre la médecine générale et l'équipe de santé mentale communautaire (CMH). Leur rôle consistait à établir des relations avec le l'omnipraticien, à coordonner et à faciliter les consultations, à fournir les soins pour les patients de l'équipe de santé mentale communautaire (CMH) qui préféraient être vus dans un contexte de soins de santé primaires ainsi qu'à évaluer et à donner des conseils sur des patients souffrant de troubles mentaux communs traités par l'omnipraticien. Une médecine générale similaire et géographiquement adjacente desservie par un service de santé mentale traditionnel servait de groupe témoin. Les éléments de collaboration étaient modérés : les travailleurs de liaison fournissaient des soins aux patients atteints de maladie mentale grave (MMG) dans une médecine générale ou au domicile du patient, partageaient l'information avec les omnipraticiens, facilitaient les références au besoin, et soutenaient l'omnipraticien dans l'évaluation et les soins des patients atteints de maladie mentale grave (MMG). Ils fournissaient aussi une évaluation et des conseils à propos des patients ayant des problèmes de santé mentale moins graves. Les résultats étaient positifs : le service répondait aux besoins des omnipraticiens sans perdre de vue la cible de son mandat, soit les patients atteints de maladie mentale grave (MMG), et sans produire d'augmentations dans les taux d'admission aux services psychiatriques spécialisés. Cependant, il n'y a pas eu de preuves d'une contrepartie du coût compensatoire pour payer l'augmentation des coûts de ce nouveau service.

Cook et Howe³⁵ ont étudié l'impact d'une équipe de soins de santé primaires étendue et améliorée sur le statut clinique et le fonctionnement social des patients souffrant de psychose continue. Tous les patients de cette étude du Royaume-Uni avaient perdu contact avec les services de santé mentale spécialisés et étaient uniquement soignés par l'omnipraticien. Les auteurs utilisaient un concept d'étude avant/après sans groupe témoin. Les interventions de l'étude comprenaient un rôle accru de l'omnipraticien, l'introduction d'une gestion dynamique des soins et l'ajout d'interventions spécifiques en ergothérapie conçues pour améliorer le fonctionnement social. Le rôle accru des omnipraticiens incluait : élaborer un registre des patients atteints de problèmes de santé mentale graves; utiliser les dossiers tenus par le patient pour faciliter la communication au sein de l'équipe; la collaboration avec les prestataires de logement; et la participation à des révisions régulières des cas des patients avec le psychiatre visiteur durant les rencontres tenues dans la clinique de soins de santé primaires. De plus, le personnel non médical des cliniques des omnipraticiens recevait une formation sur les états de maladies mentales graves, avec un apprentissage via l'observation des comportements acceptables et facilitateurs. La collaboration dans ce programme était élevée et se produisait à plusieurs points de contact : entre l'omnipraticien et l'équipe d'ergothérapie, entre l'omnipraticien et le psychiatre visiteur de même qu'entre l'omnipraticien et les prestataires de logement du milieu. Après 24 mois d'intervention, il y avait des améliorations significatives dans le fonctionnement social des patients, leurs activités de vie quotidienne, leur fonctionnement au travail, leur fonctionnement cognitif et leurs conditions de vie. Les symptômes cliniques se sont aussi améliorés de façon significative, notamment les hallucinations, les délires, l'anxiété et la dépression. Les coûts annuels de l'intervention par patient étaient de £1584, soit un prix qui, selon les auteurs, était comparable à, sinon moindre que, celui des autres interventions

communautaires auprès de cette population de patients.

Druss et ses collègues³⁶ ont recouru à une collaboration accrue pour aborder les besoins de traitement médical des patients de l'administration des vétérans (AV) atteints de maladie mentale grave. Dans le cadre d'un essai comparatif randomisé (ECR) qui inversait la tendance habituelle consistant à introduire les prestataires de soins de santé mentale dans le contexte de soins de santé primaires, ces chercheurs ont étudié l'impact de l'introduction des soins de santé primaires dans la clinique de santé mentale de l'administration des vétérans (AV). Le groupe témoin recevait des soins médicaux habituels dans une clinique séparée de l'administration des vétérans (AV). Les éléments de collaboration étaient modérés : une infirmière médicale praticienne fournissait la plus grande partie des soins médicaux de base et était supervisée par un médecin de famille assigné qui agissait aussi comme liaison avec les médecins des services psychiatriques et des services de médecine générale en plus d'assister à des rencontres hebdomadaires de l'équipe de santé mentale. La clinique intégrée mettait l'accent sur la communication bidirectionnelle concernant les changements dans l'état de santé mentale ou physique et le traitement, la formation du patient, les services de prévention, le contrôle régulier et le suivi. Les résultats étaient positifs : les patients de la clinique intégrée étaient plus susceptibles de faire une visite de soins de santé primaires durant l'année suivante; ils étaient moins susceptibles de se rendre à l'urgence; ils avaient probablement reçu plus de soins médicaux conformes aux directives; ils ont rapporté avoir un meilleur état de santé physique; et ils étaient moins susceptibles de rapporter un problème relatif à la continuité des soins. Encore une fois, cette étude indique les bénéfices du co-emplacement et souligne les améliorations potentielles qui peuvent être obtenues grâce à des soins bien coordonnés pour les patients atteints de maladie mentale grave.

Entraide et collaboration avec les patients/usagers

Lovell et ses collègues³⁷ se sont basés sur une précédente revue systématique de la littérature qui démontrait que les traitements d'entraide dans les soins de santé primaires peuvent avoir le potentiel d'améliorer la rentabilité globale de la prestation de services de santé mentale³⁸. Ils ont utilisé un concept d'étude avant/après non contrôlé pour étudier l'efficacité d'une clinique d'entraide à accès rapide gérée par une infirmière spécialement formée dans un contexte de soins de santé primaires au Royaume-Uni. L'infirmière rencontrait les patients qui avaient obtenu un diagnostic de dépression ou d'anxiété posé par l'omnipraticien, effectuait une évaluation et développait un plan personnalisé d'entraide comprenant des conseils ainsi que du matériel déjà publié pertinent en regard du diagnostic du patient. L'infirmière rencontrait ensuite le patient à toutes les deux semaines pour 15 minutes afin de contrôler les progrès. Les patients chez qui on sentait que l'entraide ne convenait pas étaient référés à nouveau à l'omnipraticien ou à un service de santé mentale. La clinique était située à l'intérieur d'une médecine générale et impliquait la prise de décisions en collaboration avec l'omnipraticien concernant quels patients étaient admissibles pour le service et lesquels nécessitaient un niveau plus élevé d'intervention. De plus, il y avait un niveau de collaboration élevé entre l'infirmière et le patient en tant qu'auto-thérapeute. Les patients et les omnipraticiens étaient très satisfaits de la clinique. La clinique a effectué des changements cliniques significatifs et fiables (comme les changements définis précédemment dans les résultats d'évaluations) pour la majorité des patients et les résultats étaient comparables aux résultats de traitement publiés pour les conseillers en soins de santé primaires au Royaume-Uni. Une méthodologie de recherche plus rigoureuse est nécessaire pour vérifier l'utilité de cette approche, mais elle a une validité apparente et pourrait occuper une place importante dans un système de santé mentale qui

offrirait une gamme d'options de traitement par étape basées sur la gravité des symptômes, les préférences des patients et la disponibilité des spécialistes de la santé mentale.

Qualité des initiatives de soins

Wells et ses collègues³⁹ ont élaboré une initiative multisites américaine pour évaluer un programme d'amélioration de la qualité pour le traitement de la dépression. Le programme utilisait une combinaison de personnel de recherche et des infirmières praticiennes existantes afin d'améliorer l'accès au traitement par médicaments au niveau des directives ou à la psychothérapie pour la dépression. Le dépistage des patients, la formation des infirmières et la formation des médecins de soins de santé primaires étaient fournis par le personnel de recherche. La formation du médecin de soins de santé primaires était approfondie : elle comprenait des manuels cliniques, des conférences mensuelles et de la formation continue en pharmacothérapie, au besoin. Les infirmières praticiennes évaluaient les patients, fournissaient la formation et élaboraient des plans d'activation pour chaque patient tout en étant soutenues par du matériel élaboré spécifiquement pour le projet. On a demandé aux médecins de soins de santé primaires de considérer les résultats de l'évaluation des infirmières dans leurs plans de traitement. Pour les patients randomisés dans la branche du traitement par les médicaments, les infirmières étaient formées pour fournir une évaluation de suivi et du soutien par l'entremise de contacts mensuels pendant un minimum de 6 mois ou un maximum de 12 mois. Les patients randomisés dans la branche du traitement par la psychothérapie recevaient 12 à 16 séances de psychothérapie manuelle par un thérapeute local. Le niveau de collaboration avec le médecin de soins de santé primaires semble avoir été bas : au-delà de sa participation dans la composante de formation, son rôle semble s'être limité à recevoir les recommandations de l'infirmière praticienne. Il n'y a pas de mention de communication directe entre le médecin de soins

de santé primaires et le psychothérapeute, qui semble avoir été un professionnel local qui ne travaillait toutefois pas sur place, ni de mention d'accès à la consultation par le médecin de soins de santé primaires si les patients ne se portaient pas bien. Les résultats de ce projet étaient positifs : les patients dans les branches d'intervention étaient plus susceptibles d'avoir fait une visite à un spécialiste de la santé mentale (non défini) sur la période de 12 mois; les patients de la branche recevant des médicaments étaient plus susceptibles de recevoir les niveaux appropriés de médicaments à 6 et à 12 mois; les patients de la branche recevant de la psychothérapie étaient plus susceptibles de recevoir une thérapie que les patients du groupe témoin; et les patients avec intervention étaient moins susceptibles de faire une dépression à 6 et 12 mois. Il y avait des réponses différentielles pour les patients souffrant de dépression majeure et mineure : les patients ayant une dépression majeure et non mineure ont démontré des bénéfices par rapport aux patients recevant les soins habituels. Il est décevant que cette étude, qui a entraîné des résultats positifs, semble avoir impliqué si peu directement le médecin de soins de santé primaires. Cependant, cela souligne encore une fois le rôle joué par l'infirmière praticienne pour fournir le soutien aux patients qui ont débuté le traitement avec des médicaments et fournit un support supplémentaire pour cibler les interventions chez les patients ayant une dépression plus grave.

Une série d'analyses de sous-groupe et d'études de suivi ont été menées par le groupe de chercheurs de Wells. Unützer et ses collègues⁴⁰ ont découvert que les patients du programme avec médicaments qui avaient un suivi supplémentaire de 6 mois par une infirmière étaient plus susceptibles de prendre des antidépresseurs à 18 et 24 mois. Sherbourne et ses collègues⁴¹ ont découvert que la probabilité de rencontrer les critères de dépression n'était pas moins élevée dans les groupes d'intervention que dans le groupe témoin à 24 mois, mais que les améliorations dans la qualité de vie reliée à la

santé mentale obtenues grâce à l'intervention par la psychothérapie (mais pas avec l'intervention des médicaments) étaient maintenues pour 24 mois complets. Les auteurs ont conclu que la psychothérapie offre des bénéfices importants à long terme en comparaison avec les médicaments et que cette option devrait être offerte aux patients des soins de santé primaires. Une autre analyse post hoc de Wells et ses collègues⁴² a permis de découvrir que même après aussi longtemps que 57 mois après l'intervention, il y avait encore des bénéfices modestes pour les groupes avec intervention (principalement la psychothérapie) en comparaison avec les groupes témoins, et ce bénéfice était concentré principalement dans deux groupes de patients minoritaires. Finalement, Wells et ses collègues⁴³ ont rapporté une analyse de sous-groupe qui mettait l'accent sur les résultats pour les patients ayant une dépression infraliminaire versus un trouble dépressif majeur. Ils ont découvert que les patients ayant une dépression infraliminaire à la base qui recevaient une intervention par la psychothérapie étaient significativement moins susceptibles d'avoir un trouble probable et des besoins de traitement de la dépression non comblés que des patients similaires au suivi de 57 mois, alors que les patients vus dans les cliniques qui administraient des médicaments ont démontré aucune différence dans la probabilité d'avoir un trouble probable en comparaison avec le groupe témoin. Parmi les patients ayant un trouble dépressif à la base, il n'y avait pas d'effets significatifs de la qualité des soins dans l'intervention avec médicaments sur la probabilité d'avoir une dépression à 57 mois. Ces constatations soutiennent encore une fois l'existence d'une réponse différentielle pour le traitement des patients ayant une dépression majeure ou mineure : les patients ayant une dépression majeure démontraient des gains précoces grâce à la gestion des médicaments alors que les patients ayant une dépression infraliminaire ont mieux fait dans la branche de l'amélioration de la qualité, et les bénéfices semblent avoir duré plus longtemps.

Développer des relations de soins axés sur la collaboration

Nous avons trouvé 4 études expérimentales qui évaluaient les interventions conçues pour améliorer la collaboration entre les services de santé mentale traditionnels existants et les prestataires de soins primaires. Il s'agit d'un domaine important et fortement sous-étudié. Dans la première étude, Mildred et ses collègues⁴⁴ utilisaient un concept d'étude avant/après pour évaluer l'impact des changements de politiques et de culture dans un service de soins de santé mentale pour enfants et adolescents situé à Melbourne, en Australie, afin d'être plus conscients du rôle des omnipraticiens et de les inclure davantage. Le personnel de la clinique de soins de santé mentale recevait une formation sur les habiletés et la formation des omnipraticiens ainsi que sur les réalités du travail dans un contexte de médecine générale. Les politiques de la clinique ont aussi été modifiées afin que la documentation comporte le nom et les coordonnées de l'omnipraticien de chaque patient. Aussi, une lettre standard a été élaborée pour faciliter la communication avec l'omnipraticien et une liste de contrôle informatisée a été implantée pour inciter le clinicien à informer l'omnipraticien concernant les progrès du patient à des intervalles de 6 mois. Le projet a aussi fourni aux omnipraticiens locaux l'occasion de suivre un cours de formation accrédité sur les problèmes généraux de santé mentale dont les sujets étaient suggérés par les omnipraticiens eux-mêmes. En plus des mises à jour spécifiques aux troubles, chacun de ces séminaires fournissait aux omnipraticiens de l'information sur les services pertinents fournis par la clinique. À la fin du projet de 12 mois, les gestionnaires de cas de la clinique de santé mentale ont rapporté deux fois plus d'appels téléphoniques et une augmentation substantielle de 3 communications écrites ou plus par mois avec les omnipraticiens. Le nombre de cas partagés (non défini) avait aussi doublé pour ces mêmes gestionnaires de cas. Les omnipraticiens ont rapporté des bénéfices issus des interventions de formation et, après 12 mois,

leur perception relativement à l'utilité de la clinique de santé mentale s'est améliorée de façon significative. Cette étude nous rappelle de façon utile que la collaboration ne se limite pas aux services regroupés dans un contexte de soins de santé primaires et que le fait d'accroître la collaboration entre les services de soins de santé mentale traditionnels et les prestataires de soins de santé primaires requiert une planification consciencieuse, un ralliement de la part du personnel de même qu'une réorganisation des services afin d'appuyer les changements désirés.

Une étude par Emmanuel et ses collègues⁴⁵ au Royaume-Uni a connu beaucoup moins de succès pour améliorer la collaboration entre les services de santé mentale formels et les omnipraticiens locaux. Cet essai comparatif randomisé (ECR) de 6 mois était conçu pour renforcer la liaison entre les services et les omnipraticiens grâce à la mise en place de lignes directrices écrites. On a demandé aux travailleurs clés des patients du groupe d'intervention d'augmenter leurs activités de collaboration et on leur a donné des exemples spécifiques pour ce faire (p. ex. informer l'équipe de soins de santé primaires sur chaque contact avec le patient, fournir une rétroaction verbale ou en personne à l'équipe de soins de santé primaires à au moins deux occasions durant le traitement, réexaminer les patients à la pratique de l'omnipraticien et discuter de la possible utilisation d'un dossier de soins partagés tenu par le patient). Chaque deux mois, les travailleurs clés étaient contactés et on leur rappelait qu'on attendait d'eux qu'ils augmentent leurs activités de collaboration. Les travailleurs clés des patients du groupe témoin étaient simplement informés que leurs patients étaient impliqués dans l'étude. Les résultats de cette étude étaient mauvais : seulement 42% des travailleurs clés dans le groupe d'intervention sentaient qu'ils avaient réussi à augmenter leur collaboration avec l'équipe de soins de santé primaires et seulement 21% sentaient qu'ils avaient changé quelque chose dans leur pratique courante. Le personnel des services de santé mentale indiquait qu'il n'avait pas assez de

temps à accorder aux tâches supplémentaires qu'on lui avait confiées. Sans surprise, les patients du groupe d'intervention n'ont pas mieux réussi que ceux du groupe témoin, sauf au niveau du fonctionnement social. Les auteurs concluent que l'amélioration de la collaboration ne peut être atteinte qu'avec des « efforts ardu » déployés par le prestataire secondaire et que cela ne pourrait se produire qu'à l'aide de ressources supplémentaires. Contrairement à l'étude de Mildred⁴⁴, les services de santé mentale n'avaient pas mandaté les changements de pratique comme changements de politiques formels, et ils n'avaient pas mis en place de soutien organisationnel pour faciliter les changements de comportement souhaités.

Une troisième étude par Byng et ses collègues⁴⁶ rapporte les résultats du Mental Health Link Programme (MHLP), une intervention britannique innovatrice conçue pour soutenir le développement des soins partagés pour les patients atteints de maladie mentale grave (MMG) chronique. Cet essai comparatif randomisé (ECR) randomisait 24 cliniques de médecine générale au centre-ville de Londres pour recevoir les services du MHLP ou les services habituels. Dans chaque pratique avec intervention, les groupes cibles étaient organisés avec les professionnels de la santé, le personnel de la pratique et les usagers afin d'identifier les problèmes dans la prestation des soins de santé mentale pour les patients ayant des troubles chroniques graves. Des facilitateurs formés assistaient chaque pratique dans la mise en oeuvre d'une trousse d'outils spécialement conçue qui guidait la création de dispositions de soins partagés locales et permettait d'élaborer des accords de soins partagés personnalisés entre l'équipe de soins de santé primaires et l'équipe locale de santé mentale communautaire. Des travailleurs de liaison étaient assignés à chaque pratique et leurs rôles et responsabilités (et ceux de l'équipe de la pratique) étaient définis. Le MHLP fournissait aussi de l'aide pour l'élaboration de systèmes de gestion des maladies chroniques dans chaque pratique (p. ex. les registres de patients, les bases de

données, les vérifications et les systèmes de rappel). Les éléments de collaboration dans cette intervention étaient conçus pour être élevés. Les indicateurs de résultats touchaient le degré de mise en oeuvre de l'intervention, la qualité des indicateurs de soins, la satisfaction du patient et de l'omnipraticien de même que les taux de rechutes. Le suivi s'étalait sur un an ou moins. Les résultats étaient mixtes. Le degré de mise en oeuvre variait grandement, certaines pratiques ayant été considérablement plus actives que d'autres. Par exemple, la plupart des pratiques n'ont pas réussi à mettre en place des systèmes de révision et de rappel. Il n'y avait pas de différences entre les pratiques d'intervention et témoins en ce qui concerne les processus de soins de santé mentale ou physique pour la population cible, ni de différences dans la perception des patients envers leur santé générale, les besoins de services non comblés ou la satisfaction à l'égard des services. Paradoxalement, il y avait moins de rechutes dans les pratiques d'intervention et plus de satisfaction des omnipraticiens envers les soins de santé mentale. Il semble y avoir eu des problèmes de « ralliement » dans cette intervention et, suite à la mise en oeuvre, la période de suivi a été de très courte durée. Il est probable qu'un tel programme complexe et à multi facettes bénéficierait d'une plus longue période d'introduction et d'une évaluation plus longue pour détecter les changements dans la pratique.

Finalement, Sharma et ses collègues⁴⁷ ont étudié l'impact de l'établissement d'un service de santé mentale partagé et basé sur les soins de santé primaires à Liverpool, au Royaume-Uni. La priorité était accordée aux patients atteints de maladie mentale grave en comparaison avec ceux qui recevaient les soins habituels dans 5 cliniques de médecine générale similaires et géographiquement adjacentes. Les interventions de collaboration étaient vastes et comprenaient une consultation générale basée sur la pratique et un suivi par le psychiatre de l'équipe pour tous les patients atteints de maladie mentale grave (MMG); le contrôle de ces patients par une

infirmière en santé mentale communautaire (CMHN = Community Mental Health Nurse) spécifique à la pratique; le développement de registres de pratique pour tous les patients atteints de maladie mentale grave (MMG); l'évaluation et le contrôle basés sur la pratique effectués par une infirmière en santé mentale communautaire (CMHN) pour les patients souffrant de troubles de santé mentale communs; des conseils téléphoniques ainsi qu'un soutien par le psychiatre consultant; et des réunions hebdomadaires de l'équipe multidisciplinaire de la pratique générale pour réviser les soins des patients atteints de maladie mentale grave (MMG) et pour discuter de l'aide requise par l'omnipraticien pour n'importe quel patient. Les pratiques d'intervention comportaient aussi des lignes directrices formelles pour les références, de même que des rôles et des responsabilités formalisés pour tous les cliniciens. L'étude évaluait les taux de référence, les temps d'attente, les taux de présence, la satisfaction de l'omnipraticien et du patient ainsi que les indicateurs généraux de la santé du patient et du fonctionnement social (the Health of the Nation Outcome Scale). Les résultats étaient positifs : il y avait une baisse de 38% dans l'occupation des lits de patients hospitalisés dans les pratiques

avec intervention sur 3 ans, en comparaison avec une augmentation pour les pratiques avec groupe témoin. Les temps d'attente moyens pour un rendez-vous dans les pratiques avec intervention avaient baissé de 6 semaines à 3 semaines, alors que les temps d'attente étaient demeurés inchangés à 4-5 semaines dans les pratiques avec groupe témoin. Les taux de défection dans les pratiques avec intervention avaient baissé de 32% à 18%, en comparaison avec un taux stable de 32% dans les pratiques de contrôle. La satisfaction de l'omnipraticien envers les temps d'attente, l'accès aux infirmières en santé mentale communautaires (CMHN), la communication globale et la prestation de services était significativement plus élevée dans les pratiques avec intervention en comparaison avec les pratiques avec groupe témoin. Après 6 mois d'intervention, la Health of the Nation Outcome Scale montrait une amélioration au niveau de la santé et du fonctionnement social, avec un effet plus grand pour les patients atteints de problèmes de santé mentale graves. Tout comme l'étude de Gater³³, ce projet est particulièrement intéressant parce qu'il a été mené comme un programme permanent et maintenu dans un contexte « réel ».

CONCLUSIONS ET MEILLEURES PRATIQUES

Certains messages sont en train d'émerger de la littérature expérimentale :

1. Les relations axées sur la collaboration entre les médecins de soins de santé primaires et les autres prestataires de soins de santé mentale ne se développent pas instantanément ni sans efforts. Elles requièrent de la préparation, du temps et des structures de soutien. L'étude de Swindle¹³ et celle de Burns³¹ démontrent comment une intervention potentiellement bonne peut échouer en raison d'une mauvaise collaboration (et d'une mauvaise mise en oeuvre). En revanche, l'étude de Rost¹⁶ qui se base sur des relations déjà existantes dans la pratique de soins de santé primaires a entraîné de hauts niveaux de collaboration et de bons résultats pour les patients. Cependant, même dans cette étude, les chercheurs ont découvert que de simplement présenter un psychiatre au médecin de soins de santé primaires « froidement » au téléphone n'était pas suffisant pour établir une relation de collaboration. Idéalement, les dispositions pour les soins axés sur la collaboration se développeront à partir de relations cliniques déjà existantes.

La collaboration au niveau du système requiert également de la préparation, la réorganisation de services et du temps pour se développer. L'étude de Byng⁴⁶ sur une intervention conçue pour soutenir le développement des soins partagés pour les patients atteints de maladie mentale chronique grave a tenté de développer des dispositions de soins partagés entre les cliniques de médecine générale et les équipes de santé mentale communautaires sur une courte période de temps, et elle n'a connu qu'un succès partiel. Il est probable que les changements réels, maintenus sur de longues périodes, doivent être

graduels et introduits étape par étape. Comme le montrent les études de Mildred⁴⁴ et d'Emmanuel⁴⁵, le degré de « ralliement » du personnel, le leadership institutionnel, le changement de politique officiel et le contrôle du rendement sont aussi des facteurs clés qui détermineront le succès ou l'échec lorsque les agences et les organisations cherchent à améliorer leur niveau de collaboration avec les prestataires de soins de santé primaires.

2. Le co-emplacement est important pour les prestataires et les patients. Rost¹⁶ a découvert que les prestataires qui ne s'étaient pas rencontrés en personne ne s'engageaient pas dans une relation axée sur la collaboration. Cette constatation est soutenue par une étude d'observation de Bray et Rogers⁴⁸ qui ont découvert que le fait de mettre en liaison des psychologues et des médecins de soins de santé primaires fonctionnait mieux lorsque les deux prestataires travaillaient géographiquement à proximité et qu'ils se connaissaient avant le début de l'étude. Du point de vue des patients, l'étude de Bartels²⁴ a démontré que de leur offrir des soins de santé mentale spécialisés dans le contexte des soins de santé primaires entraîne un plus grand engagement de leur part dans les soins de santé mentale, une condition *sine qua non* pour de meilleurs résultats pour les patients. Cette constatation est aussi soutenue par l'étude de Sharma⁴⁷ dans laquelle les taux de défection étaient plus bas dans les soins de santé mentale dans la pratique de l'omnipraticien, de même que par la littérature sur l'observation et l'évaluation de programme^{49,50,51}. La collaboration entre les spécialistes de la santé mentale et les prestataires de soins de santé primaires sera vraisemblablement plus développée lorsque les cliniciens sont situés au même endroit et plus efficace lorsque l'emplacement est connu et non stigmatisant

pour les patients. Cela peut être particulièrement vrai pour les patients qui ont des problèmes de consommation abusive d'alcool et d'autres drogues. Une littérature émergente sur le co-emplacement/l'intégration du traitement de la consommation abusive d'alcool et d'autres drogues et les soins primaires suggère que les patients traités à l'intérieur de modèles intégrés se portent significativement mieux et que ceux qui ont une moins bonne santé en bénéficient le plus^{26,52,53}.

3. Le degré de collaboration en soi ne semble pas prédire le résultat clinique. Même s'il y avait une tendance en faveur de résultats positifs qui survenaient le plus souvent dans les études ayant des niveaux de collaboration moyens ou élevés, certaines études ayant des niveaux de collaboration plus bas ont aussi obtenu des résultats positifs^{6,9,12,22,37}.

4. Le jumelage de la collaboration avec les directives sur le traitement semble apporter des bénéfices importants en comparaison avec une intervention seule chez les patients souffrant de troubles dépressifs. La vaste majorité des études ayant obtenu des résultats positifs auprès de cette population de patients comprenait des instruments de soutien décisionnel, habituellement sous la forme de protocole de recherche et/ou de directives sur le traitement clinique établies. Quelques études ayant obtenu de mauvais résultats ou des résultats partagés utilisaient aussi des protocoles et des directives mais, dans certains cas, ces derniers étaient mis en œuvre de mauvais façon^{13,31}. Les directives et les protocoles traitaient du contenu du traitement ainsi que des questions relatives au processus telles que : qui devrait le contrôler, à quelle fréquence, quand référer en consultation, etc. Il est important de noter que les essais antérieurs de directives cliniques, de protocoles de traitement ou d'algorithmes sans interventions axées sur la collaboration n'ont pas montré d'amélioration dans les résultats au niveau des patients^{54,55,56}.

5. La collaboration, jumelée avec les directives sur le traitement pour la dépression, peut avoir un effet différentiel sur les résultats, et ce sont les patients atteints d'un trouble plus grave qui répondent le mieux. Plusieurs des études passées en revue ont montré des résultats améliorés seulement dans les sous-groupes de patients ayant des niveaux de gravité de la dépression plus élevés^{7,9,13,14}. Cette constatation peut représenter une tendance de certaines formes de dépression mineure à s'améliorer spontanément, des protocoles de traitement qui ne sont pas appropriés pour la dépression mineure ou une combinaison des deux. **Actuellement, il y a davantage de preuves pour soutenir les interventions axées sur la collaboration dans le cas de troubles dépressifs majeurs.**

6. Un des plus puissants facteurs de prédiction de résultats cliniques positifs dans les études de soins axés sur la collaboration pour la dépression était l'inclusion d'un suivi systématique dans le protocole d'étude. Dans les études examinées, le suivi était délégué à un autre clinicien ou à un gestionnaire de soins, avec des degrés variables de collaboration avec le médecin de soins de santé primaires et pour des périodes de temps variées. Les études qui comprenaient un suivi systématique et un mécanisme d'ajustement du traitement lorsque le patient ne réagissait pas bien (souvent une approche étape par étape) obtenaient des résultats positifs^{6,7,9,11,12,16,18,22,33,35,37,39,41,47}. Quelques études^{5,8,13,31} comprenaient un suivi et ont obtenu de mauvais résultats mais, dans les deux dernières études, les chercheurs ont été incapables de mettre adéquatement en œuvre les interventions. La durée du suivi peut être critique. Certaines études avec de courtes interventions ont rapporté seulement des bénéfices à court terme, alors que l'étude de 12 mois d'Unützer²² et l'étude de suivi de 2 ans de Rost¹⁷ démontraient une augmentation des bénéfices cliniques au cours des années. Encore une fois, cette constatation témoigne de la nécessité d'une réorganisation de la pratique pour soutenir les prestataires de soins de santé

primaires afin qu'ils puissent fournir un suivi adéquat, systématique et conforme aux directives sur le traitement.

7. Les efforts déployés pour augmenter l'adhésion aux médicaments par l'entremise de la collaboration avec d'autres professionnels des soins de santé (p. ex. infirmières praticiennes) étaient aussi une composante commune de plusieurs études couronnées de succès. Même si l'amélioration de l'adhésion aux médicaments a une forte validité apparente, l'analyse de ces études n'a pas permis d'établir de relation directe et claire entre l'adhésion aux médicaments et les résultats cliniques^{10,11, 14,15,19,21}. Hunkeler et ses collègues¹¹ ont émis l'hypothèse selon laquelle le soutien émotionnel accru durant le contrôle de l'adhésion par les infirmières pouvait être responsable des constatations positives de l'étude et ce, malgré le manque d'amélioration dans l'adhésion aux médicaments. **Jusqu'à ce que cette question soit clarifiée, les interventions axées sur la collaboration visant à fournir un suivi du patient devraient mettre davantage l'accent sur autre chose que la seule adhésion aux médicaments.**

8. La collaboration seule n'a pas démontré qu'elle pouvait entraîner un transfert des compétences ou des changements durables dans les connaissances des médecins de soins de santé primaires ou les comportements dans le traitement de la dépression. Seulement une étude expérimentale⁵ a démontré une tendance vers un changement de comportement chez le médecin de soins de santé primaires sur une période de temps (augmentation des ordonnances pour la dépression). Lin et ses collègues⁴ ont démontré que l'amélioration dans les résultats obtenus durant une intervention à facettes multiples pour la dépression⁵ n'était pas uniquement due à la formation du médecin, mais que cela avait requis en plus une vaste restructuration des services. Cette conclusion est fortement soutenue par un ensemble important de preuves concernant la formation médicale continue pour

les médecins en général⁵⁷ et par l'étude de Gater³³ qui mettait l'accent sur les patients atteints de maladie mentale grave, et dans laquelle des changements dans la structure des services ont eu un effet positif durable sur le processus de soins. **Les interventions axées sur la collaboration conçues pour entraîner des changements dans les modèles de pratique des prestataires de soins de santé primaires devraient inclure une restructuration des services conçue spécifiquement pour soutenir ces changements.**

9. Une formation renforcée du patient relativement aux troubles mentaux et à leur traitement (habituellement donnée par un professionnel de la santé autre que le médecin de soins de santé primaires) était une composante de plusieurs études ayant obtenu de bons résultats. Davantage de travail doit être fait pour déterminer quelle contribution, s'il y en a une, cette intervention apporte au succès des soins axés sur la collaboration. L'étude de Lovell³⁷ qui mettait l'accent sur l'entraide et la formation du patient guidées par une infirmière suggère que certains patients se portent très bien avec des alternatives aux approches de gestion et d'évaluation traditionnelles faisant partie d'une méthode de traitement par étape, et que ces alternatives peuvent être fournies d'une manière axée sur la collaboration dans un contexte de soins de santé primaires.

10. Les interventions axées sur la collaboration établies comme faisant partie d'un protocole de recherche peuvent être difficiles à maintenir lorsque le financement de l'étude est terminé^{4,16}. En revanche, Gater³³ a découvert que des améliorations dans les soins établis comme faisant partie d'une intervention continue, axée sur la collaboration et impliquant du personnel permanent, ont été maintenues 2 ans après que l'étude se soit terminée. Ceci met en lumière l'importance a) d'avoir un financement suffisant pour soutenir les processus et les pratiques de soins axés sur la collaboration; et b) les effets potentiellement

perturbateurs des interventions d'étude qui sont «parachutées» dans une pratique clinique.

11. Le choix du patient relativement aux modalités de traitement peut être un facteur important de l'engagement dans un traitement dans le contexte des soins axés sur la collaboration. Les recherches ont démontré que, lorsqu'on leur donne le choix, 26% à 66% des patients des soins de santé primaires qui souffrent de dépression majeure préféreraient être traités par l'entremise de la psychothérapie plutôt qu'avec des médicaments⁵⁷ et cette préférence peut s'appliquer également à d'autres troubles de santé mentale. Dans la présente revue de la littérature, Rost¹⁶ et Unützer²² ont donné le choix aux patients entre la médication

et une psychothérapie basée sur un protocole tandis que Wells et ses collègues³⁹ fournissaient la psychothérapie en tant qu'une des options aléatoires dans leur étude. La popularité de la psychothérapie a été confirmée par les études de Rost¹⁶ et de Unützer²², et Sherbourne⁴¹ a découvert des bénéfices durables de qualité de vie liés à la santé mentale pour les cas de psychothérapie sans l'usage de médicaments. Les interventions axées sur la collaboration devraient prendre en considération les préférences des patients et être prêtes à offrir l'option de la psychothérapie à chaque fois où cela est possible.

RÉFÉRENCES

1. Craven MA, Bland R. Le partage des soins de santé mentale : une bibliographie et une vue d'ensemble. *Can J Psychiatry* 2002; 47 (Supp 1): 1S-103S.
2. Pautler K, Gagné M-A. Bibliographie annotée des soins de santé mentale axés sur la collaboration. Un rapport préparé pour l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, Mississauga, Ontario, Canada; Septembre 2005.
3. Initiative canadienne de collaboration en santé mentale. www.iccsm.ca.
4. Lin EH, Katon WJ, Simon GE, Von Korff M, Bush TM, Rutter CM, Saunders KW, Walker EA. Achieving Guidelines for the treatment of depression in primary care: Is physician education enough? *Medical Care* 2000; 35 (8): 831-842.
5. Katon W, Von Korff M, Lin E, Bush T, Russo J, Lipscomb P, Wagner E. A randomized trial of psychiatric consultation with distressed high utilizers. *Gen Hosp Psychiatry* 1992; 14: 86-98.
6. Katelnick DJ, Simon GE, Pearson SD, Manning WG, Helstad CP, Henk HJ, Cole SM, Lin EHB, Taylor LH, Kobak KA. Randomized trial of a depression management program in high utilizers of medical care. *Arch Fam Med* 2000; 9: 345-351.
7. Katon W, Von Korff M, Lin E, Walker E, Simon GE, Bush T, Robinson P, Russo, J. Collaborative management to achieve treatment guidelines: Impact on depression in primary care. *JAMA* 1995; 23 (13): 1026-1031.
8. Hedrick, SC, Chaney EF, Felker B, Liu C, Hasenberg N, Heagerty P, Buchanan J, Bagala R, Greenberg D, Paden G, Fihn SD, Katon W. Effectiveness of collaborative care depression treatment in Veterans' Affairs primary care. *J. Gen Intern Med* 2003; 18: 9-16.
9. Katon W, Robinson P, Von Korff M, Lin E, Bush T, Ludman E, Simon G, Walker E. A multifaceted intervention to improve treatment of depression in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 924-932.
10. Wilkinson G, Allen P, Marshall E, Walker J, Browne W, Mann AH. The role of the practice nurse in the management of depression in general practice: treatment adherence to antidepressant medication. *Psychological Med* 1993; 23: 229-237.
11. Hunkeler EM, Meresman JF, Hargreaves WA, Fireman B, Berman WH, Kirsch AJ, Groebe J, Hurt SW, Braden P, Getzell M, Feigenbaum PA, Peng T, Salzer M. Efficacy of nurse telehealth care and peer support in augmenting treatment of depression in primary care. *Arch Fam Med* 2000; 9: 700-708.
12. Simon GE, Von Korff M, Rutter C, Wagner E. Randomised trial of monitoring, feedback, and management of care by telephone to improve treatment of depression in primary care. *BMJ* 2000; 320: 550-554.
13. Swindle RW, Rao JK, Helmy A, Plue L, Zhou XH, Eckert GJ, Weinberger M. Integrating clinical nurse specialists into the treatment of primary care patients with depression. *International J Psychiatry in Medicine* 2003; 33 (1): 17-37.

14. Peveler R, George C, Kinmonth A-L, Campbell M, Thomson C. Effect of antidepressant drug counseling and information leaflets on adherence to drug treatment in primary care: randomized controlled trial. *BMJ* 1999; 319: 612-615.
15. Adler DA, Bungay KM, Wilson IB, Yu Pei MPA, Supran S, Peckham E, Cynn DJ, Rogers WH. The impact of a pharmacist intervention on 6-month outcomes in depressed primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26: 199-209.
16. Rost K, Nutting P, Smith J, Elliott CE, Dickinson M. Managing depression as a chronic disease: a randomised trial of ongoing treatment in primary care. *BMJ* 2002; 325: 934-939.
17. Rost K, Pyne JM, Dickinson LM, LoSasso AT. Cost-effectiveness of enhancing primary care depression management on an ongoing basis. *Ann Fam Med* 2005; 3: 7-14.
18. Katon W, Von Korff M, Lin E, Simon G, Walker E, Unützer J, Bush T, Russo J, Ludman E. Stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of depression: A randomized trial. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 1109-1115.
19. Simon GE, Katon WJ, Von Korff M, Unützer J, Lin EH, Walker EA, Bush T, Rutter C, Ludman E. Cost Effectiveness of a collaborative care program for primary care patients with persistent depression. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1638-1644.
20. Walker EA, Katon WJ, Russo J, Von Korff, M, Lin E, Simon G, Bush T, Ludman E, Unützer J. Predictors of outcome in a primary care depression trial. *J Gen Int Med* 2000; 15: 859-867.
21. Katon W, Rutter C, Ludman EJ, Von Korff M, Lin E, Simon G, Bush T, Walker E, Unützer J. A randomized trial of relapse prevention of depression in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 241-247.
22. Unützer J, Katon W, Callahan CM, Williams JW, Hunkeler E, Harpole L, Hoffing M, Della Penna RD, Noel PH, Lin EH, Arean PA, Hegel MT, Tang L, Belin TR, Oishi S, Langston C. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting. *JAMA* 2002; 288(22):2836-2845.
23. Harpole LH, Williams JW, Olsen MK, Stechuchak KM, Oddone E, Callahan CM, Katon WJ, Lin EH, Grypma LM, Unützer J. Improving depression outcomes in older adults with comorbid medical illness. *Gen Hosp Psychiatry* 2005; 27: 4-12.
24. Bartels SJ, Coakley EH, Zubritsky C, Ware JH, Miles KM, Arean PA, Chen H, Oslin DW, Llorente MD, Costantino G, Quijano L, McIntyre JS, Linkins KW, Oxman TE, Maxwell J, Levkoff SE. 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. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1455-1462.
25. Samet JH, Larson MJ, Horton NJ, Doyle K, Winter M, Saitz R. Linking alcohol-and drug-dependent adults to primary medical care: a randomized controlled trial of a multi-disciplinary health intervention in a detoxification unit. *Addiction* 2003; 98: 509-516.
26. Weisner C, Mertens J, Parthasarathy S, Moore C, Lu Yun. Integrating primary medical care with addiction treatment. *JAMA* 2001; 286: 1715-1723.
27. McLellan AT, Arndt IO, Metzger DS, Woody GE, O'Brien CP. The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *JAMA* 1993; 269: 1953-59.

28. Abrahams S, Udwin O. An Evaluation of a primary care-based child clinical psychology service. *Child and Adolesc Mental Health* 2002; 7: 107-13.
29. Warner JP, King M, Blizard R, McClenahan Z, Tang S. Patient-held shared care records for individuals with mental illness. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 319-324.
30. Lester H, Allan T, Wilson S, Jowett S, Roberts L. A cluster randomised controlled trial of patient-held medical records for people with schizophrenia receiving shared care. *Br J Gen Pract* 2003; 53: 197-203.
31. Burns T, Millar E, Garland C, Kendrick T, Chisholm B, Ross F. Randomized controlled trial of teaching practice nurses to carry out structured assessments of patients receiving depot antipsychotic injections. *Br J Gen Pract* 1998; 48 (437): 1845-1848.
32. Kendrick T, Burns T, Freeling P. Randomised controlled trial of teaching general practitioners to carry out structured assessments of their long-term mentally ill patients. *BMJ* 1995; 311: 93-98.
33. Gater R, Goldberg D, Jackson G, Jennett N, Lawson K, Ratcliffe J, Saraf T, Warner R. The care of patients with chronic schizophrenia: a comparison between two services. *Psychol Med* 1997; 27: 1325-1336.
34. Bindman J, Goldberg D, Chisholm D, Amponsah S, Shetty G, Brown J. Primary and secondary care for mental illness: Impact of a link worker service on admission rates and costs. *J Mental Health* 2001; 10 (6): 637-644.
35. Cook S, Howe A. Engaging people with enduring psychotic conditions in primary mental health care and occupational therapy. *Br J Occupational Therapy* 2003; 66: 236-46.
36. Druss BG, Rohrbaugh RM, Levinson CM, Rosenheck RA. Integrated medical care for patients with serious psychiatric illness. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 861-868.
37. Lovell K, Richards DA, Bower P. Improving access to primary mental health care: uncontrolled evaluation of a pilot self-help clinic. *Br J Gen Pract* 2003; 53: 133-135.
38. Bower P, Richards D, Lovell K. The clinical and cost-effectiveness of self-help treatments for anxiety and depressive disorders in primary care: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2001; 51: 838-45.
39. Wells KB, Sherbourne C, Schoenbaum M, Duan N, Meredith L, Unützer J, Miranda J, Carney MF, Rubenstein LV. Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care. *JAMA* 2000; 283: 212-220.
40. Unützer J, Rubenstein L, Katon WJ, Tang L, Duan N, Lagomasino T, Wells KB. Two-year effects of quality improvement programs on medication management for depression. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 935-942.
41. Sherbourne CD, Wells KB, Duan N, Miranda J, Unützer J, Jaycox L, Schoenbaum M, Meredith LS, Rubenstein LV. Long-term effectiveness of disseminating quality improvement for depression in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 696-703.
42. Wells K, Sherbourne C, Schoenbaum M, Ettner S, Buan N, Miranda J, Unützer J, Rubenstein L. Five-year impact of quality improvement for depression. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 378-386.

43. Wells K, Sherbourne C, Duan N, Unützer J, Miranda J, Schoenbaum M, Ettner SL, Meredith LS, Rubenstein L. Quality improvement for depression in primary care: Do patients with subthreshold depression benefit in the long run? *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1149-1157.
44. Mildred H, Brann P, Luk ESL, Fisher S. Collaboration between general practitioners and a child and adolescent mental health service. *Aust Fam Physician* 2000; 29: 177-181.
45. Emmanuel JS, McGee A, Ukoumunne OC, Tyrer P. A randomised controlled trial of enhanced key-worker liaison psychiatry in general practice. *Soc Psychiatry Epidemiol* 2002; 37: 261-266.
46. Byng R, Jones R, Leese M, Hamilton B, McCrone P, Craig T. Exploratory cluster randomised controlled trial of shared care development for long-term mental illness. *Br J Gen Pract* 2004; 54: 259-266.
47. Sharma VK, Wilkinson G, Dowrick C, Church E, White S. Developing mental health services in a primary care setting: Liverpool primary care mental health project. *International J of Social Psychiatry* 2001; 47(4): 16-29.
48. Bray JH, Rogers JC. Linking psychologists and family physicians for collaborative practice. *Professional Psychology* 1995; 26: 132-38.
49. Strathdee G, Brown RM, Doig RJ. Psychiatric clinics in primary care. The effect on general practitioner referral patterns. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1990; 25: 95-100
50. Subotsky F, Brown RM. Working alongside the general practitioner: a child psychiatric clinic in the general practice setting. *Child Care Health Dev* 1990; 16: 189-96.
51. Jackson G, Gater R, Goldberg D, Tantam D, Loftus L, Taylor H. A new community mental health team based in primary care. A description of the service and its effect on service use in the first year. *Br J Psychiatry* 1993; 162: 375-84.
52. Friedmann PD, Zhang Z, Hendrickson J, Stein MD, Gerstein DR. Effect of primary medical care on addiction and medical severity in substance abuse treatment programs. *J Gen Intern Med* 2003; 18: 1-8.
53. Saitz R, Horton NJ, Larson MJ, Winter M, Samet JH. Primary medical care and reductions in addiction severity: a prospective cohort study. *Addiction* 2005; 100: 70-78.
54. Betz Brown J, Shye D, McFarland BH, Nichols GA, Mullooly JP, Johnson RE. Controlled trials of CQI and academic detailing to implement a clinical practice guideline for depression. *Joint Commission's Journal on Quality Improvement* 2000; 26: 39-54.
55. Thompson C, Kinmonth AL, Stevens L, Peveler RC, Stevens A, Ostler KJ, Pickering RM Baker NG, Henson A, Preece J, Cooper D, Campbell MJ. Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomized controlled trial. *Lancet* 2000; 355: 185-91.
56. Goldberg HI, Wagner EH, Fihn SD, Martin DP, Horowitz CR, Christensen DB, Cheadle AD, Diehr P, Simon G. A Randomized controlled trial of CQI teams and academic detailing: can they alter compliance with guidelines? *Joint Commission's Journal on Quality Improvement* 1998; 24: 130-142.
57. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Evidence for the Effectiveness of CME. A review of 50 randomized controlled trials. *JAMA* 1992; 268: 1111-1117.

58. Van Schaik DJ, Klijn AF, van Hout HP, van Marwijk HW, Beekman AT, de Haaan M, van Dyck R. Patients' preferences in the treatment of depressive disorder in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26: 184-89.

TABLEAU I

Auteur	Abrahams, S. 2002 (28)	Adler, DA. 2004 (15)	Bartels, SJ. 2004 (24)
Étude	An Evaluation of a Primary Care-Based Child Clinical Psychology Service.	The Impact of a Pharmacist Intervention on 6 Month Outcomes in Depressed Primary Care patients.	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.
Population	Enfants et adolescents jusqu'à 17 ans dans 12 pratiques de soins de santé primaires au centre-ville de Londres, au R.-U.	533 patients ayant obtenu un résultat positif au test de dépistage pour la dépression majeure ou la dysthymie dans 9 cliniques de soins de santé primaires de Boston, au Massachusetts.	10 cliniques de soins de santé primaires et de santé mentale/ de toxicomanie aux États-Unis. 2 022 patients de 65 ans et plus qui rencontraient les critères pour la dépression, l'anxiété ou la consommation d'alcool à risque.
Concept/objectifs de l'étude	Étude cas-témoins. Objectifs de l'étude : comparer les caractéristiques et les résultats cliniques des références au service de psychologie basé sur les soins de santé primaires avec les caractéristiques et les résultats des références au service secondaire de santé mentale traditionnel pour enfants et adolescents.	ECR. Patients randomisés pour recevoir des soins habituels ou une intervention basée sur le protocole conçue pour augmenter l'utilisation des antidépresseurs et améliorer les résultats cliniques. Objectifs de l'étude : déterminer si les « extensions du médecin » aux médecins de soins de santé primaires seraient en mesure d'augmenter l'utilisation des antidépresseurs pour les patients dépressifs dans les contextes de soins de santé primaires et déterminer si une intervention augmentant l'utilisation des antidépresseurs améliorerait les résultats cliniques.	ECR. Patients randomisés pour recevoir des soins intégrés ou une référence améliorée. Question de recherche : Quel modèle de prestation de services résulte en un plus grand engagement dans les services de santé mentale/toxicomanie par les patients de soins de santé primaires plus âgés souffrant de dépression, de troubles anxieux ou de consommation d'alcool à risque?
Groupe témoin	Service de psychologie clinique de niveau secondaire pour enfants dans un centre de développement de l'enfant de la région, avec les 3 mêmes psychologues cliniques et 10 séances par semaine.	Soins habituels plus un avis transmis au médecin de soins de santé primaires (PCP) stipulant que le patient a obtenu un résultat positif au test de dépistage pour la dépression/dysthymie, et lignes directrices de l'AHCPR fournies pour le traitement de la dépression.	Référence améliorée à une clinique de santé mentale extérieure.
Intervention 1	Évaluation et intervention psychologiques sur place pour les enfants et adolescents référés par un omnipraticien et ayant des difficultés émotionnelles, de comportement ou familiales.	Dépistage de la dépression par un pharmacien de l'étude de recherche. Les résultats sont remis par écrit au PCP. Le PCP révise le dossier et confirme/rejette le diagnostique.	Modèle intégré : les services de santé mentale et de toxicomanie sont co-situés dans le contexte de soins de santé primaires et ce, sans distinction en termes de signalisation ou de noms de cliniques. Référence améliorée : le traitement est offert dans un emplacement séparé par des professionnels licenciés de la santé mentale et en toxicomanie, avec une aide fournie pour le transport et la couverture des frais.
Intervention 2	Soutien à l'équipe de soins de santé primaires via la consultation et la formation sur les habiletés psychologiques et les questions de santé mentale chez l'enfant.	Historique des médicaments complet et évaluation pour des problèmes reliés aux médicaments (effets secondaires et interactions) par le pharmacien, avec un rapport écrit et des recommandations faites au PCP concernant le choix des médicaments, la dose et le régime posologique en accord avec les lignes directrices de l'AHCPR.	Soins intégrés : rendez-vous avec le prestataire de soins de santé mentale entre 2 et 4 semaines. Référence améliorée : rendez-vous avec le prestataire de soins de santé mentale entre 2 et 4 semaines.

Meilleures pratiques pour des soins de santé mentale axés sur la collaboration

Intervention 3	Facilitation de la référence vers des ressources plus spécialisées, au besoin.	Contrôle de l'efficacité et de la toxicité des médicaments par un pharmacien avec un rapport fait au PCP.	Soins intégrés : communication verbale ou écrite concernant l'évaluation clinique et le plan de traitement entre le prestataire de soins de santé mentale et le PCP. Référence améliorée : contacts de suivi coordonnés si le patient ne se présentait pas au premier rendez-vous.
Intervention 4		Formation des patients par le pharmacien sur la dépression et les antidépresseurs, encouragement à adhérer au traitement.	
Intervention 5		Facilitation de la communication entre le patient et le PCP.	
Intervention 6		Les pharmaciens encourageaient les patients qui ne se sentaient pas bien à demander à être référés et ils facilitaient les références au secteur spécialisé en santé mentale, mais c'est le médecin qui effectuait la référence.	
Personnel	3 pédopsychologues.	Le prestataire de soins de santé primaires (médecin ou infirmière spécialiste), l'assistant de recherche pour le dépistage et le pharmacien de l'étude de recherche.	
Intensité/durée	13 demi-journées par semaine dans 12 pratiques d'omnipraticiens, 10 demi-journées par semaine dans un centre de développement de l'enfant.	Le pharmacien contactait les patients pour un minimum de 9 fois sur 18 mois : à 2, 4, 6, 8 et 12 semaines, puis à 6, 9, 12 et 18 mois. Le pharmacien consacrait en moyenne 70 minutes par patient durant les six premiers mois. Les contacts du pharmacien avec le PCP étaient de 15 minutes en moyenne par patient sur 6 mois.	6 mois.
Éléments de collaboration	Co-emplacement avec la pratique de soins de santé primaires. Consultation et formation pour l'équipe de soins de santé primaires sur les questions de santé mentale chez l'enfant et l'adolescent. Pas de détails fournis.	Le pharmacien évaluait les patients et faisait des recommandations écrites de traitement au PCP; quelques discussions verbales.	Co-emplacement et communication améliorée entre le prestataire de soins de santé mentale et le PCP.
Résultat 1	Pas de différences significatives relatives à l'ethnicité, le sexe ou l'âge moyen, mais significativement plus de patients d'âge de niveau scolaire secondaire dans les références de l'équipe de soins de santé primaires.	Le groupe d'intervention comportait davantage de patients qui prenaient des antidépresseurs à 3 et 6 mois que le groupe témoin ($p=0.24, 0.25$).	Taux plus élevé d'engagement dans le traitement parmi les patients assignés au modèle intégré versus au modèle de référence améliorée pour tous les troubles (OR 2.57).
Résultat 2	Temps d'attente pour le premier rendez-vous plus court au service de soins de santé primaires qu'au service traditionnel ($p<.001$).	Les patients souffrant de dépression chronique utilisaient plus d'antidépresseurs dans le groupe d'intervention ($p=0.3$) en comparaison avec ceux du groupe témoin.	Un nombre moyen plus élevé de visites de soins de santé mentale dans le modèle intégré versus le modèle amélioré ($p<.001$).
Résultat 3	Pas de différences significatives dans le nombre d'enfants qui ne se sont pas présentés au premier rendez-vous.	Pas de différences significatives entre les groupes d'intervention et témoins dans les résultats cliniques et ce, à tous les points du suivi.	Les taux d'engagement ont progressivement diminué, avec le plus grand écart entre les soins de santé primaires et les sites de soins de santé mentale ($p<.001$).

Résultat 4	Pas de différences dans le type de problèmes chez les patients référés aux deux services.		La détresse mentale plus grave est un facteur de prédiction indépendant de l'engagement : 83% des patients en soins intégrés ayant des idées suicidaires se sont engagés dans le traitement versus 54% des patients avec la référence améliorée atteints de maladie mentale grave (MMG).
Résultat 5	Pas de différences significatives dans la complexité des problèmes chez les patients référés aux deux services.		
Résultat 6	Pas de différences significatives dans la proportion de patients qui ont complété le traitement.		
Résultat 7	Les enfants dans le service traditionnel ont eu besoin de plus de séances pour compléter le traitement que ceux du service basé sur les soins de santé primaires ($p < .001$).		

Auteur	Bindman, J. 2001 (34)	Burns, T. 1998 (31)	Byng, R. 2004 (46)
Étude	Primary and Secondary Care for Mental Illness: Impact of a Link Worker Service on Admission Rates and Costs.	Randomized Controlled Trial of Teaching Practice Nurses to Carry Out Structured Assessments of Patients Receiving Depot Antipsychotic Injections.	Exploratory Cluster Randomised Controlled Trial of Shared Care Development for Long-Term Mental Illness.
Population	Deux secteurs de la santé voisins à Londres, au R.-U.	149 patients souffrant de schizophrénie qui reçoivent des médicaments-retard dans des pratiques de soins de santé primaires choisies au R.-U.	24 cliniques de médecine générale au R.-U. et équipes de santé mentale communautaires associées. 355 patients de médecine générale souffrant de maladie mentale chronique.
Concept/objectifs de l'étude	Étude cas-témoins. Objectifs de l'étude : comparer les coûts et les caractéristiques du patient dans un programme de l'équipe de santé mentale communautaire (CMH) qui plaçait des travailleurs de liaison dans un contexte de soins de santé primaires versus un service de santé mentale traditionnel.	ECR. Le patient était l'unité de randomisation. Objectifs de l'étude : examiner l'impact de la présence d'infirmières praticiennes formées qui effectuaient des évaluations structurées et régulières des patients souffrant de schizophrénie chronique qui recevaient des médicaments-retard; et déterminer l'effet des changements dans les contacts avec l'omnipraticien, les traitements avec médicaments, les symptômes lors des admissions et les besoins de soins.	ECR. Objectifs de l'étude : comparer les comportements des médecins et les résultats pour le patient dans les pratiques randomisées pour le développement des services habituels ou pour le MHLP (Mental Health Link Program), soit une stratégie à facettes multiples d'amélioration de la qualité basée sur les soins partagés pour les patients souffrant de maladie mentale chronique.
Groupe témoin	Modèle de service traditionnel desservant des pratiques de soins de santé primaires similaires dans un secteur voisin.	Soins habituels.	Service et développement des services habituels.
Intervention 1	Un membre de l'équipe de CMH était assigné à une pratique en particulier et était responsable de tous les patients atteints de maladie mentale grave soignés par ces médecins. Le travailleur de soins de santé primaires de CMH désignait un « travailleur de liaison » dont le rôle visait à améliorer la liaison entre l'équipe de soins de santé primaires et l'équipe de santé mentale communautaire.	Les infirmières assistaient à une intervention de formation d'une journée sur la schizophrénie, le rôle des médicaments-retard et le recours à une évaluation structurée du patient. Les infirmières qui n'y assistaient pas recevaient une formation individuelle. Les évaluations des infirmières incluaient les symptômes cliniques, les effets secondaires des médicaments et les autosoins.	Évaluation des besoins locaux, documentation de données épidémiologiques, préférences des patients, points de vue des membres de l'équipe de soins de santé primaires et de santé mentale. Ces renseignements étaient utilisés pour aider à concevoir un système de soins partagés adapté aux besoins locaux.
Intervention 2	Les travailleurs de liaison devaient établir des relations avec les omnipraticiens, agir en tant que média en plus de coordonner et de faciliter les références à l'équipe de CMH, au besoin.	Les infirmières devaient effectuer une évaluation structurée à des intervalles de 3 mois auprès des patients avec intervention.	Utilisation d'une trousse d'outils pré-élaborée pour guider le concept de dispositions de soins partagés locales. La trousse traitait du rôle du travailleur ou du psychiatre de liaison, notamment de leurs fonctions et responsabilités, des lignes directrices de communication formelles, etc.
Intervention 3	Les travailleurs de liaison pouvaient voir les patients sur la liste de l'équipe de CMH qui préféraient être vus au niveau des soins de santé primaires.		Aide à la planification des systèmes de gestion des maladies chroniques pour chaque pratique. La trousse d'outils a servi de guide pour mettre en place les registres de patients, les bases de données, les vérifications et les systèmes de rappel.
Intervention 4	Les travailleurs pouvaient évaluer et donner des conseils aux patients ayant des troubles mentaux communs et traités par l'omnipraticien, et fournir un traitement directement à ces patients.		L'élaboration d'un accord de soins partagés personnalisé entre l'équipe de soins de santé primaires et l'équipe de CMH associée.

Intervention 5			Financement limité et unique pour soutenir la mise en oeuvre d'un modèle au sein de la pratique.
Personnel	Des PCP et 3 infirmières communautaires supplémentaires pour mettre le nouveau service en place. (Le service traditionnel a aussi engagé 3 infirmières supplémentaires).	Infirmières praticiennes et omnipraticiens.	3 facilitateurs formés.
Intensité/durée	2 ans.	Évaluations de l'infirmière à tous les 3 mois dans le groupe de patients avec intervention.	Trois séances de planification de 3 heures, avec implication subséquente variable du facilitateur.
Éléments de collaboration	Les consultations du travailleur de liaison s'effectuaient dans le contexte des soins de santé primaires, au domicile du patient ou dans un service secondaire. Le travailleur de liaison coordonnait et facilitait les références à l'équipe de CMH et il donnait des conseils à l'omnipraticien concernant les patients ayant des problèmes de santé mentale communs. L'omnipraticien assistait à 6% des consultations.	Les infirmières de soins de santé primaires sont formées pour effectuer des évaluations cliniques structurées en tant que partie intégrante du suivi et du contrôle pour les patients recevant des médicaments-retard dans une médecine générale. Pas de processus/protocole pour rapporter les constatations à l'omnipraticien pour fins de suivi.	Les pratiques de soins de santé primaires et les équipes de CMH travaillaient ensemble avec un facilitateur pour identifier les besoins locaux et élaborer un accord de soins partagés stipulant les rôles et les responsabilités, développaient des registres de cas et des procédures de vérification pour les patients souffrant de maladie mentale chronique.
Résultat 1	Pas de changements significatifs dans les caractéristiques des patients vus dans les deux services, c.-à-d. que l'accent mis sur les patients atteints de maladie mentale grave a été maintenu par l'équipe d'intervention.	Nombre d'évaluations structurées : tous les patients avec intervention recevaient au moins une évaluation structurée durant l'année; un tiers des patients recevaient les 4 évaluations (versus 74% des patients qui ne recevaient pas d'évaluation de l'omnipraticien dans une étude précédente). Différences significatives : pas de statistiques rapportées).	Élaboration de systèmes de soins de routine, au-delà des registres de patients et des bases de données; non accomplie dans la plupart des pratiques avec intervention.
Résultat 2	Pas de différences significatives entre les groupes témoins et les groupes d'intervention en termes d'utilisation des lits ou de coûts.		Pas de différences significatives entre les processus de soins de santé physique et mentale documentés avant et après l'intervention.
Résultat 3	Pas de preuve d'une contrepartie du coût compensatoire pour payer l'augmentation des coûts du nouveau service.	Pas de différences significatives entre les patients du groupe d'intervention et ceux du groupe témoin au niveau des résultats cliniques.	Les omnipraticiens des groupes avec intervention étaient significativement plus satisfaits à l'égard des services de santé mentale que les omnipraticiens du groupe témoin (p=.0001).
Résultat 4		Pas de différences significatives entre les patients du groupe d'intervention et ceux du groupe témoin au niveau des résultats sociaux.	Pas de différences entre les pratiques avec intervention ou le groupe témoin quant aux perceptions des patients de leur santé générale, des besoins non comblés ou de la satisfaction envers les services.
Résultat 5		Pas de différences significatives entre les patients du groupe d'intervention et ceux du groupe témoin dans le processus de soins en tant que résultat des constatations de l'évaluation.	Moins de rechutes chez les patients dans les pratiques avec intervention (p=0.01).

Meilleures pratiques pour des soins de santé mentale axés sur la collaboration

Auteur	Cook, S. 2003 (35)	Druss, BG. 2001 (36)	Emmanuel, JS. 2002 (45)
Étude	Engaging People with Enduring Psychotic Conditions in Primary Mental Health Care and Occupational Therapy.	Integrated Medical Care for Patients with Serious Psychiatric Illness. A Randomized Trial.	A Randomised Controlled Trial of Enhanced Key-worker Liaison Psychiatry in General Practice.
Population	34 patients atteints d'une maladie mentale grave dans une médecine générale au centre d'une ville du R.-U.	Clinique de santé mentale du Veterans Affairs aux États-Unis. 120 patients ayant besoin de soins médicaux avec aucun prestataire de soins de santé primaires, randomisés pour utiliser la clinique de soins intégrés ou la clinique de médecine générale du AV.	84 patients de 4 cliniques de médecine générale de Londres, au R.-U., âgés de 21 à 77 ans et référés aux services secondaires de soins de santé mentale.
Concept/objectifs de l'étude	Concept d'étude avant/après non contrôlée. Objectif de l'étude : examiner l'impact d'une équipe de soins de santé primaires augmentée et d'un programme personnalisé d'ergothérapie et de gestion des soins sur les résultats cliniques et sociaux de même que sur les coûts.	ECR. Hypothèse : les soins intégrés augmenteraient l'accès aux services de soins de santé primaires, élèveraient la qualité des soins préventifs et amélioreraient la qualité de vie reliée à la santé en comparaison avec les soins habituels dans une clinique de médecine générale.	ECR. Objectif de l'étude : évaluer un modèle de liaison améliorée entre le travailleur clé et les soins de santé primaires en comparaison avec les soins habituels. Les cliniques de soins de santé primaires étaient randomisées pour offrir l'intervention ou être le groupe témoin.
Groupe témoin	S.O.	Soins habituels : la clinique de médecine générale du AV située dans un édifice adjacent à la clinique de santé mentale. Soins donnés par l'interne, l'infirmière praticienne ou le résident médical.	Soins habituels.
Intervention 1	Rôle accru de l'omnipraticien : élaboration d'un registre des patients ayant des problèmes de santé mentale graves, utilisation des dossiers tenus par les patients, collaboration avec les prestataires de logement (réunions de révision de cas pour coordonner les soins, améliorer la communication avec la résidence, soutenir le personnel et offrir de la formation pour le personnel résidentiel). Révisions régulières des patients dont les soins étaient partagés par le personnel de soins de santé primaires et le psychiatre associé.	Clinique de soins de santé primaires intégrés située dans la clinique de santé mentale. L'infirmière praticienne médicale était le principal prestataire de soins médicaux, supervisée par le médecin de famille, donnait de la formation au patient en plus d'assurer la liaison avec les prestataires de soins de santé mentale et des services de gestion de cas.	On demandait aux travailleurs clés du service de santé mentale de suivre les lignes directrices écrites soulignant les options pour améliorer la communication et la liaison avec l'équipe de soins de santé primaires du patient. Par exemple, informer l'omnipraticien sur chaque contact avec le patient, donner des rétroactions en personne ou verbales à l'équipe de soins de santé primaires à au moins deux occasions durant la période de traitement, discuter de la possible utilisation d'un dossier tenu par le patient et revoir les cas des patients au bureau de l'omnipraticien.
Intervention 2	Intervention de gestion de soins coordonnée par l'ergothérapeute : approche active dans la communauté, organiser des réunions de révision de cas, référer aux services communautaires, faciliter l'hébergement approprié et le soutien financier, évaluer les besoins des familles et des prestataires de soins de santé et les aider à les combler.	Clinique de soins de santé primaires intégrés : le médecin de famille servait de liaison pour les médecins des cliniques psychiatriques et de médecine générale et il assistait à des rencontres d'équipe hebdomadaires. Le médecin de famille (MF) communiquait l'état de santé des patients aux prestataires de soins de santé mentale et demandait un avis pour tout changement dans l'état psychiatrique.	

Intervention 3	Intervention en ergothérapie : évaluation continue des fonctions, des habiletés et de l'environnement, fixer des buts, aide pour les habiletés dans les activités de la vie quotidienne (AVQ), activités sociales, réadaptation et intégration des interventions psychologiques pour réduire l'impact des symptômes psychotiques.	La clinique de soins de santé intégrés mettait l'accent sur la formation des patients, les services préventifs et les liens étroits avec les prestataires de soins de santé mentale, incluant des discussions par courrier électronique, par téléphone ou en personne.	
Intervention 4		Les patients recevaient des appels téléphoniques pour leur rappeler leurs rendez-vous.	
Intervention 5		Les visites à la clinique de soins intégrés étaient coordonnées avec les visites pour les soins de santé mentale.	
Personnel	Un omnipraticien, un psychiatre itinérant, 5 ergothérapeutes.	L'infirmière praticienne médicale fournissait la plupart des soins, supervisée par le médecin de famille.	Travailleurs de liaison clés, équipe de soins de santé primaires.
Intensité/durée	12 mois; certaines interventions aux 3 mois tandis que d'autres étaient «continues».	Suivi d'un an.	6 mois.
Éléments de collaboration	Réunions de révision de cas dans le contexte de soins de santé primaires. Révision régulière des patients partagés par le personnel de soins de santé primaires et le psychiatre itinérant. Coordination de la planification et de la gestion de tous les soins par l'ergothérapeute. Collaboration du personnel des soins de santé primaires avec le personnel de logement.	Co-emplacement. Le médecin de famille servait de liaison pour les médecins dans les cliniques de psychiatrie et de médecine générale et il assistait à des réunions d'équipe hebdomadaires. Communication bidirectionnelle concernant les changements dans l'état de santé/de santé mentale ou dans le traitement.	Informar l'équipe de soins de santé primaires concernant chaque contact avec le patient. Donner des rétroactions en personne ou verbales à l'équipe de soins de santé primaires à au moins 2 occasions. Discuter de l'utilisation d'un dossier de soins partagés tenu par le patient. Faciliter l'implication des membres pertinents de l'équipe de soins de santé primaires dans les réunions de révision de cas. Revoir le cas des patients au bureau de l'omnipraticien.
Résultat 1	95% des patients commençaient à s'impliquer et 92% poursuivaient leur implication dans le programme.	Les patients de la clinique intégrée étaient plus susceptibles de faire une visite de soins de santé primaires que ceux de la clinique de médecine générale durant l'année qui suivait la référence (p=.006).	42% des travailleurs clés sentaient qu'ils n'avaient pas été aptes à mettre en oeuvre l'intervention.
Résultat 2	Fonctionnement social amélioré après 12 mois (p<.001).	Les patients de la clinique intégrée étaient moins susceptibles de se rendre à la salle d'urgence durant l'année qui suivait la référence (p=04).	Pas de différences significatives au niveau du résultat clinique entre le groupe de liaison améliorée et le groupe témoin.
Résultat 3	Améliorations dans les taux moyens pour l'anxiété (p=.002), l'humeur dépressive (p=.002), l'incongruité (p=.03), l'hyperactivité (p=.001), l'incohérence (p=.02). Pas de changements relativement aux hallucinations, aux délires ou aux symptômes négatifs.	Il est significativement plus probable que les patients de la clinique intégrée aient reçu des soins de santé préventifs conformes aux lignes directrices.	Pas de différences significatives relativement à la satisfaction du patient entre le groupe de liaison améliorée et le groupe témoin.
Résultat 4	Réductions des taux dans 6 des 12 domaines problématiques. Par exemple : travail et activités (p<.001), conditions de vie (p<.001), AVQ (p=.049).	Les patients de la clinique intégrée étaient moins susceptibles de rapporter un problème relatif à la continuité des soins (p=.005).	
Résultat 5	Contacts accrus avec les psychiatres (pas de statistiques).	Les patients de la clinique intégrée rapportaient un meilleur état de santé physique (p<.001).	

Meilleures pratiques pour des soins de santé mentale axés sur la collaboration

Résultat 6		Pas de différences dans les coûts.	
-------------------	--	------------------------------------	--

Auteur/année	Gater, R. 1997 (33)	Hedrick, SC. 2003 (8)	Hunkeler, EM. 2000 (11)
Étude	The Care of Patients with Chronic Schizophrenia: a Comparison Between Two Services.	Effectiveness of Collaborative Care Depression Treatment in Veteran's Affairs Primary Care.	Efficacy of Nurse Telehealth Care and Peer Support in Augmenting Treatment of Depression in Primary Care.
Population	89 patients souffrant de schizophrénie dans 2 cliniques de médecine générale au R.-U.	Clinique de soins de santé primaires du Veterans Affairs. 354 patients ayant obtenu un résultat positif au test de dépistage pour la dépression majeure, la dysthymie ou les deux, randomisés pour recevoir des soins axés sur la collaboration ou des soins avec un lien de consultation.	L'organisation de maintien de la santé (HMO= health maintenance organization) Kaiser Permanente en Californie. 302 patients âgés entre 19 et 90 ans, diagnostiqués pour un trouble dépressif majeur ou la dysthymie et qui ont reçu une ordonnance pour un inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine (ISRS) par leur PCP.
Concept/objectifs de l'étude	ECR. La pratique était l'unité de randomisation. Objectif de l'étude : comparer les coûts et la qualité des soins du nouveau service de santé mentale basé sur les soins de santé primaires versus le service traditionnel basé à l'hôpital. On a mis l'accent sur les patients souffrant de psychose chronique.	ECR. Objectif de l'étude : comparer les effets des soins axés sur la collaboration et les soins avec un lien de consultation par rapport à la gravité des symptômes de la dépression, l'état de santé et la satisfaction envers les soins.	ECR. Hypothèses de l'étude: 1) les patients dépressifs qui recevaient les soins de l'infirmière de télésanté expérimenteraient une plus grande réduction des symptômes dépressifs, une plus grande amélioration au niveau de leur fonctionnement et davantage de satisfaction en comparaison avec les patients recevant les soins habituels; 2) des résultats favorables seraient obtenus en améliorant l'adhésion aux médicaments; et 3) l'ajout du soutien par les pairs à l'infirmière de télésanté améliorerait davantage les résultats.
Groupe témoin/groupe de comparaison	Service traditionnel basé à l'hôpital. Une unité d'enseignement psychiatrique dans un hôpital général de district. Des soins menés par le psychiatre plutôt que par une équipe multidisciplinaire coordonnée.	Soins avec un lien de consultation. Les cliniciens de l'étude communiquaient le diagnostique au PCP et facilitaient les références aux résidents en psychiatrie pratiquant au sein de la clinique de soins de santé primaires.	3 branches : les soins habituels du médecin incluaient un ISRS et du counseling avec le médecin.
Intervention 1	On a assigné un travailleur clé à chaque patient atteint de schizophrénie. Évaluation complète des besoins, formulation de plans de réhabilitation et révisions régulières des progrès.	Formation du prestataire : les prestataires de soins de santé primaires des deux branches de l'essai recevaient une formation de 3 heures sur l'évaluation et le traitement de la dépression et les ressources cliniques.	Formation renforcée de l'infirmière : atelier manuel de formation de 6 heures. Supervision téléphonique hebdomadaire continue par le psychologue clinique.
Intervention 2	L'équipe était coordonnée de près avec les soins de santé primaires et tenue de réunions régulières avec les équipes de soins de santé primaires.	Formation du patient : vidéo et cahier d'exercices fournis aux patients de l'intervention axée sur la collaboration.	Infirmière de télésanté : 1 à 2 appels téléphoniques par semaine pour 2 semaines, 1 appel par semaine de la semaine 3 à la semaine 8, 1 appel à toutes les 2 semaines jusqu'à la semaine 16. Total de 12 à 14 appels pendant 16 semaines. Chaque appel qui durait 10 minutes mettait l'accent sur l'adhésion, offrait un support émotionnel et soutenait l'activation.
Intervention 3	Cliniques psychiatriques dans chacune des cliniques de médecine générale une fois par semaine. L'équipe acceptait des références pour un large éventail de problèmes de santé mentale, avec la priorité accordée aux patients atteints de MMG.	Soutien du patient : un membre du personnel de travail social téléphonait à chaque patient de l'intervention axée sur la collaboration selon un horaire régulier afin d'encourager l'adhésion au plan de traitement et d'évaluer la réponse.	Formation du médecin : 3 heures de formation sur l'identification et le traitement de la dépression.

Meilleures pratiques pour des soins de santé mentale axés sur la collaboration

Intervention 4	La priorité était accordée aux patients souffrant de maladies psychotiques chroniques : évaluations détaillées, révisions régulières des patients, formulation de plans de réhabilitation et activités récréatives protégées.	L'équipe de collaboration se rencontrait une fois par semaine pour élaborer des plans de traitement utilisant les lignes directrices pour la dépression majeure du AV et pour effectuer des évaluations des progrès à 6 et 12 semaines pour chaque patient. L'équipe de collaboration n'incluait pas le PCP.	Soutien par les pairs : 20 heures de formation pour les pairs qui se sont rétablis avec succès, jumelés par âge, sexe et agents stressants. Les appels téléphoniques des pairs aux patients ou les visites en personne étaient conçus pour fournir un soutien émotionnel, partager des habiletés d'adaptation gagnantes, encourager l'autosurveillance et soutenir l'adhésion.
Intervention 5		L'équipe de soins de santé axés sur la collaboration communiquait avec les prestataires de soins de santé primaires en utilisant les notes électroniques sur les progrès qui suivaient la trace de la réception et nécessitaient la co-signature du PCP.	L'infirmière donnait ses rétroactions régulièrement sur les progrès de chaque patient au PCP du patient.
Intervention 6		Contrôle de la réponse du PCP aux recommandations : si le PCP questionnait le plan de traitement, le psychiatre contactait le PCP pour discuter et trouver une solution. Si le PCP ne rédigeait pas une ordonnance en temps opportun, le psychiatre contactait le PCP.	
Personnel	2 infirmières psychiatriques communautaires, un travailleur social, un ergothérapeute et un psychologue. Le soutien médical était fourni par 2 psychiatres consultants et 3 chefs internes.	Équipe de collaboration : psychologue, psychiatre, travailleurs sociaux et techniciens en sciences psychologiques. Équipe avec lien de consultation : psychologue, travailleurs sociaux et psychiatre résident.	Infirmières déjà connues des patients comme membres de l'équipe de soins de santé primaires. Psychologue de l'étude pour superviser les infirmières.
Intensité/durée	Intervention de 2 ans. Suivi de 4 ans.	9 mois. Appels téléphoniques de soutien « planifiés régulièrement » par le travailleur social.	6 mois. Infirmière de télésanté : 1 à 2 appels téléphoniques par semaine pour les 2 premières semaines, 1 appel par semaine de la semaine 3 à la semaine 8, 1 appel à toutes les 2 semaines jusqu'à la semaine 16. Total de 12 à 14 appels pendant 16 semaines. Chaque appel durait 10 minutes. Soutien par les pairs : au moins un appel.
Éléments de collaboration	L'équipe était coordonnée de près avec les soins de santé primaires, tenue de réunions régulières avec les équipes de soins de santé primaires et de cliniques psychiatriques hebdomadaires dans toutes les cliniques de médecine générale. Pas de détails concernant les interactions.	Communication du plan de traitement au PCP, contrôle pour s'assurer que le PCP le menait à terme, discussion si le PCP n'était pas d'accord avec le plan.	L'infirmière donnait ses rétroactions régulièrement au PCP sur les progrès de chaque patient.
Résultat 1	Davantage de besoins identifiés qui ont été comblés chez les patients avec intervention souffrant de maladie psychotique en comparaison avec les patients du groupe témoin ($p < .001$).	Les patients de soins de santé axés sur la collaboration ont expérimenté une plus grande diminution des symptômes de dépression durant la phase critique du traitement ($p < .025$), mais aucune différence n'a été notée à 9 mois.	Les patients qui recevaient l'aide de l'infirmière de télésanté, avec ou sans soutien par les pairs, étaient plus susceptibles d'expérimenter une réduction de 50% dans les symptômes sur l'échelle HAM-D à 6 semaines ($p = .01$) et à 6 mois ($p = .003$) que les patients qui recevaient des soins habituels.

Résultat 2	Moins de besoins non comblés chez les patients avec intervention souffrant de maladie psychotique en comparaison avec les patients du groupe témoin ($p < .001$).	Davantage de patients de soins de santé axés sur la collaboration ont reçu des ordonnances pour des antidépresseurs ($p < .0001$).	Les patients qui recevaient l'aide de l'infirmière de télésanté, avec ou sans soutien par les pairs, expérimentaient une plus grande réduction dans les pointages de symptômes sur l'échelle HAM-D à 6 mois ($p < .006$), en comparaison avec les patients qui recevaient des soins habituels.
Résultat 3	Processus de soins : contrôle plus fréquent des patients souffrant de maladie psychotique, davantage d'interventions psychologiques, de stimulation sociale, de formation de rattrapage et d'activités protégées dans le groupe d'intervention, en comparaison avec les patients du groupe témoin ($p < .05$).	Pas de différence dans le % de patients de soins de santé axés sur la collaboration et celui des patients avec un lien de consultation qui ont expérimenté 50% ou plus de réduction dans les symptômes à 3 et 9 mois.	Les patients qui recevaient l'aide de l'infirmière de télésanté, avec ou sans soutien par les pairs, étaient plus satisfaits des soins à 6 semaines ($p = .004$) et à 6 mois ($p = .001$).
Résultat 4		Parmi les patients qui prenaient des antidépresseurs, pas de différences entre les deux branches en termes du caractère adéquat de la thérapie.	Les soins de l'infirmière de télésanté n'ont pas amélioré l'adhésion aux médicaments en comparaison avec les soins habituels.
Résultat 5		Les patients de soins de santé axés sur la collaboration étaient significativement moins handicapés à 3 mois, mais pas à 9 mois.	Ajouter le soutien par les pairs aux soins de l'infirmière de télésanté n'a pas amélioré les premiers résultats. Il est à noter que le soutien par les pairs n'a pas été mis en oeuvre avec succès.
Résultat 6		Pas de différences significatives au niveau de la satisfaction entre les deux groupes.	

Auteur	Katon, W. 1992 (5)	Katon, W. 1995 (7)	Katon, W. 1996 (9)
Étude	A Randomized Controlled Trial of Psychiatric Consultation with Distressed High Utilizers.	Collaborative Management to Achieve Treatment Guidelines.	A Multifaceted Intervention to Improve Treatment of Depression in Primary Care.
Population	2 cliniques de soins de santé primaires de la HMO et 18 médecins de soins de santé primaires à Puget Sound, aux États-Unis. 251 patients âgés de 18 à 75 ans avec des taux d'utilisation dans les premiers 10% de la clinique pour leur groupe d'âge et leur sexe.	Clinique de soins de santé primaires de la HMO à Puget Sound, aux États-Unis. 217 patients âgés de 18 à 80 ans ayant obtenu un pointage de dépistage de 0.75 ou plus sur la liste de contrôle des symptômes et acceptant de prendre des antidépresseurs.	Clinique de soins de santé primaires de la HMO à Puget Sound, aux États-Unis. 153 patients âgés de 18 à 80 ans ayant obtenu un résultat positif au test de dépistage pour la dépression sur SCL-20.
Concept/objectifs de l'étude	ECR : les patients éligibles étaient randomisés pour recevoir des soins avec intervention ou pour faire partie du groupe témoin. Hypothèse : informer le PCP des facteurs psychosociaux contribuant à l'utilisation élevée des services entraînerait une baisse de l'utilisation, une baisse de la détresse du patient et une prestation améliorée des services psychiatriques.	ECR : les patients éligibles étaient randomisés pour recevoir des soins avec intervention ou des soins habituels. Questions de recherche : Est-ce qu'un programme d'intervention basé sur les soins de santé primaires peut améliorer le traitement de la dépression au niveau recommandé par les lignes directrices de la pratique, être acceptable pour les patients et les prestataires en plus d'améliorer les résultats à court terme?	ECR. Question de recherche : Est-ce qu'un programme de collaboration fournissant un counseling comportemental bref dans le contexte de soins de santé primaires pourra augmenter la qualité de la pharmacothérapie, être acceptable pour les patients et les prestataires en plus d'améliorer les résultats pour la dépression majeure et mineure?
Groupe témoin	Soins habituels.	Soins habituels.	Soins habituels par le PCP : dans la plupart des cas, prescription d'un antidépresseur, 2 à 3 visites pendant les 3 premiers mois et l'option de référer au service de santé mentale.
Intervention 1	Entrevue de diagnostic prolongée par le psychiatre dans un contexte de soins de santé primaires avec la présence du PCP pour les 30 dernières minutes.	Brochures de formation améliorée pour le patient sur la dépression, les médicaments, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ainsi qu'une vidéo. Journaux des symptômes.	Programme structuré et manuel de traitement de la dépression dans le contexte de soins de santé primaires. Formation du patient sur les médicaments et les thérapies psychologiques – écrite et sur vidéo.
Intervention 2	Le PCP et le psychiatre formulaient conjointement un plan de traitement avec le patient. L'accent était mis sur l'identification et le traitement de patients susceptibles de bénéficier des antidépresseurs.	Formation renforcée du médecin. Séance didactique d'une demi-journée sur les antidépresseurs et le traitement comportemental. Conférences de cas mensuelles. Consultation au cas par cas avec rétroactions et interactions continues entre le psychiatre et le PCP.	Formation du médecin sur les antidépresseurs et le traitement comportemental de la dépression.
Intervention 3	On remettait au médecin de soins de santé primaires la consultation psychiatrique écrite, un bref protocole de traitement écrit et un article sur le traitement des diagnostics spécifiques au patient.	Intensité du traitement accrue : visite initiale plus longue avec le PCP. On alternait les visites (sur place) entre le PCP et les psychiatres avec des intervalles de 7 à 10 jours entre les visites. Certains patients ayant des effets secondaires ou une résistance au traitement ont été vus par le psychiatre pour une 3 ^e ou une 4 ^e visite.	4 à 6 séances de TCC avec le psychologue : aider les patients à acquérir des habiletés pour faire face à la dépression. Plan écrit de prévention des rechutes.
Intervention 4	Une conférence durant le cours de l'étude pour réviser les progrès de tous les patients.	Contrôle de la réponse : si des effets secondaires graves ou une résistance au traitement survenaient, le psychiatre aidait le patient et le PCP à choisir un médicament alternatif. Les changements de dose ou de type d'antidépresseurs étaient faits par le psychiatre ou le PCP suite à une consultation verbale.	Contrôle de l'adhésion aux médicaments avec résultats révisés chaque semaine par le psychiatre superviseur.

Intervention 5		Contrôle de l'adhésion : le psychiatre révisait les données pharmaceutiques et alertait le PCP en cas d'abandon prématuré apparent.	Réunion d'équipe hebdomadaire (sans le PCP) pour réviser les cas. Le psychiatre faisait des recommandations pour les changements de traitement qui étaient communiquées au PCP par le psychologue.
Personnel	Le PCP et le psychiatre itinérant.	Le PCP, le psychiatre et un assistant de recherche.	2 psychologues, des médecins de soins de santé primaires et un assistant de recherche.
Intensité/durée	Pour les patients : une consultation clinique prolongée. Pour les médecins : consultations répétées avec différents patients sur une période de 12 mois.	7 mois, incluant un contrôle et un suivi actifs.	4 à 6 contacts directs avec le psychologue (2.5 à 3.5 heures) sur 3 à 6 semaines. Contacts téléphoniques par le psychologue à 2, 4, 12 et 24 semaines après l'achèvement de la phase directe.
Éléments de collaboration	Le médecin de soins de santé primaires était présent durant une demi-heure pendant la consultation avec le psychiatre. Les constatations majeures étaient révisées et les médecins formulaient conjointement un plan de traitement avec le patient. On remettait au médecin de soins de santé primaires la consultation psychiatrique écrite, un bref protocole de traitement écrit et un article sur le traitement des diagnostics spécifiques au patient. Une conférence au cours de l'étude pour réviser les progrès de tous les patients.	Visites alternées (sur place) entre le PCP et le psychiatre. Les PCP recevaient une consultation verbale immédiate sur les progrès du patient et une note dactylographiée à l'intérieur d'une semaine. Si des effets secondaires graves ou une résistance au traitement survenaient, le psychiatre aidait le patient et le PCP à choisir un médicament alternatif. Les changements de dose ou de type d'antidépresseurs étaient faits par le psychiatre ou le PCP suite à une consultation verbale. Le psychiatre alertait le PCP concernant tout abandon prématuré apparent.	Les PCP recevaient des notes de consultation écrites à la main le jour même de chaque visite. Recommandations écrites du psychiatre superviseur pour le changement de traitement communiquées par le psychologue. Plan de prévention des rechutes inclus dans le dossier.
Résultat 1	Les médecins qui participaient à 4 consultations ou plus augmentaient significativement leur nombre d'ordonnances pour des antidépresseurs.	Les patients souffrant de dépression majeure ($p < .01$) et mineure ($p < .001$) dans le groupe d'intervention étaient plus susceptibles de recevoir une dose adéquate d'antidépresseurs pour au moins 90 jours.	Satisfaction du patient : les patients du groupe d'intervention souffrant de dépression majeure ($p < .009$) et mineure ($p = .003$) étaient plus satisfaits que les patients du groupe des soins habituels à 4 mois.
Résultat 2	Les patients du groupe d'intervention étaient plus susceptibles de prendre l'ordonnance pour un antidépresseur dans les 6 premiers mois ($p = 0.01$), mais pas durant les 6 mois suivants de l'essai.	Les patients du groupe d'intervention souffrant de dépression majeure étaient plus satisfaits des soins que les patients qui recevaient des soins habituels ($p < .03$). Pas de différences pour les patients souffrant de dépression mineure.	Adhésion aux médicaments : résultats mixtes. Pas de différences entre le groupe d'intervention et le groupe témoin relativement au nombre de patients ayant une dépression majeure recevant une dose d'antidépresseurs conforme avec les lignes directrices de l'AHCP. Pour la dépression mineure, la différence était significative ($p < .002$).
Résultat 3	Parmi les patients qui prenaient l'ordonnance, les patients du groupe d'intervention étaient plus susceptibles de prendre 3 ordonnances ou plus dans les 6 premiers mois, en comparaison avec ceux du groupe témoin ($p = 0.05$). Cet effet a persisté durant les 6 mois suivants ($p = 0.04$).	Les patients du groupe d'intervention souffrant de dépression majeure étaient plus susceptibles de connaître une réduction de 50% dans les pointages sur la SCL à 4 mois ($p < .01$). Pas de différences entre les groupes d'intervention et témoins relativement aux symptômes pour les patients souffrant de dépression mineure.	Symptômes : à 4 mois, davantage de patients ayant une dépression majeure démontraient une amélioration de 50% ou plus du pointage sur SCL-20 ($p = .04$), en comparaison avec les patients du groupe témoin. Pas de différences entre les patients du groupe d'intervention ayant une dépression mineure et ceux du groupe recevant des soins habituels.
Résultat 4	Pas de différences significatives au niveau des résultats cliniques entre les patients avec intervention et ceux du groupe témoin aux suivis de 6 et 12 mois.	L'impact de l'intervention était plus grand chez les patients souffrant de dépression majeure (mais non mineure) qui avaient besoin d'un changement d'antidépresseurs.	

Résultat 5	Pas de réduction au niveau de l'utilisation des services médicaux par les patients du groupe d'intervention en comparaison avec ceux du groupe témoin.		
-------------------	--	--	--

Auteur	Katon, W. 1999 (18)	Katon, W. 2001 (21)	Katzelnick, DJ. 2000 (6)
Étude	Stepped Collaborative Care for Primary Care Patients with Persistent Symptoms of Depression	A Randomized Trial of Relapse Prevention of Depression in Primary Care	Randomized Trial of a Depression Management Program in High Utilizers of Medical Care
Population	Clinique de soins de santé primaires de la HMO à Puget Sound, aux États-Unis. 228 patients souffrant de dépression persistante 6 à 8 semaines après le début du traitement aux antidépresseurs par le PCP.	Clinique de soins de santé primaires de la HMO à Puget Sound, aux États-Unis. 368 patients âgés de 18 à 80 ans qui se rétablissent d'une MDE ou de la dysthymie.	Cliniques de soins de santé primaires choisies dans 3 grands plans de santé représentant 3 régions géographiques des États-Unis. 163 pratiques. 407 patients âgés de 25 à 63 ans avec un nombre de visites au-dessus du 85 ^e rang centile pour les 2 années précédentes et ayant obtenu un pointage de 15 ou plus sur l'échelle HAM-D.
Concept/objectifs de l'étude	ECR. Hypothèse : les patients ayant une maladie dépressive persistante et ayant été promus au niveau des soins de santé axés sur la collaboration recevraient une pharmacothérapie plus adéquate, seraient plus satisfaits des soins et auraient de meilleurs résultats sur 6 mois.	ECR. Question de recherche : Est-ce qu'un programme de prévention des rechutes à faible intensité est associé à une amélioration de l'adhésion au traitement, à une diminution des symptômes dépressifs et à moins de rechutes sur une période d'un an, en comparaison avec le groupe recevant des soins habituels?	ECR : les pratiques participantes étaient randomisées pour le groupe d'intervention ou le groupe témoin. Objectif de l'étude : déterminer l'impact du programme pour identifier et traiter la dépression chez les grands utilisateurs de soins médicaux généraux.
Groupe témoin	Soins habituels par le PCP. Dans la plupart des cas, prescription d'un antidépresseur, 2 à 3 visites pendant les 3 premiers mois et l'option de référer au service de santé mentale.	Soins habituels par le PCP : dans la plupart des cas, prescription d'un antidépresseur, 2 à 4 visites pendant les 6 premiers mois du traitement et l'option de référer à une clinique de spécialistes.	Soins habituels. Des patients de pratiques de soins habituels ont été informés que le dépistage téléphonique suggérait un diagnostic de dépression et que des soins étaient disponibles via leur PCP.
Intervention 1	Formation du patient sur la dépression et les antidépresseurs : livre et vidéo.	Formation du patient : matériel de formation spécialement conçu sur la dépression chronique et récurrente et sur les méthodes d'autosoins.	Formation du médecin renforcée. Programme de formation de 2 heures sur l'évaluation initiale de la dépression et le début de la prise d'antidépresseurs. À chaque plan de soins, 1 ou 2 psychiatres étaient identifiés en tant que consultants pour le programme de gestion de la dépression.
Intervention 2	2 séances avec le psychiatre dans la clinique de soins de santé primaires à 2 semaines d'intervalle, avec un appel téléphonique entre les rendez-vous. Visites supplémentaires avec le psychiatre, au besoin. Le psychiatre examinait l'historique, la réponse aux médicaments, les problèmes relatifs aux effets secondaires et faisait des recommandations concernant les changements de régime posologique des médicaments. On conseillait aux patients ayant des agents stressants psychosociaux de consulter en psychothérapie.	2 visites avec un spécialiste de la dépression (90 min. et 60 min.) à la clinique de soins de santé primaires pour augmenter l'adhésion et la sensibilisation aux signes avant-coureurs, encourager la recherche d'aide précoce, les autosoins, promouvoir les habiletés de résolution de problèmes et élaborer un plan personnel écrit de 2 pages pour la prévention des rechutes.	Formation du patient renforcée : brochure sur la dépression et matériel de formation sur vidéo. Également, formation spécifique lors de la première visite.
Intervention 3	Le psychiatre révisait mensuellement les données pharmaceutiques sur les renouvellements d'antidépresseurs et alertait le PCP ou téléphonait au patient en cas d'abandon prématuré.	3 appels téléphoniques du spécialiste de la dépression après 1, 4 et 8.5 mois. 4 envois postaux personnalisés documentant les pointages Beck des patients et comprenant des listes de contrôle à remplir et à retourner au spécialiste de la dépression questionnant les signes avant-coureurs et l'adhésion aux médicaments (2, 6, 10 et 12 mois).	Algorithme spécifique de pharmacothérapie pour fins d'utilisation par le PCP. Visites de suivi avec le PCP à 1, 3, 6 et 10 semaines et à chaque 10 semaines par la suite. Si l'algorithme de base s'avérait un échec, on recommandait fortement que le PCP entreprenne une consultation psychiatrique.

Meilleures pratiques pour des soins de santé mentale axés sur la collaboration

Intervention 4			Contrôle par des « coordonnateurs » qui révisaient les renouvellements des ordonnances et téléphonaient aux patients à 2 et 10 semaines (et, si nécessaire, après 18, 30 et 42 semaines) pour contrôler l'adhésion au traitement, la réponse et les effets secondaires des médicaments. Les résultats des appels téléphoniques de contrôle et les recommandations pour des ajustements de traitement étaient fournis au PCP.
Personnel	Psychiatre, PCP.	Spécialiste en soins de la dépression : psychologue, infirmière praticienne, ou travailleur social, médecin de soins de santé primaires.	Médecins de soins de santé primaires. Coordonnateurs avec un B.A. ou une M.A. et au moins un peu d'expérience clinique en santé mentale. Psychiatres consultants.
Intensité/durée	2 séances avec le psychiatre dans la clinique du PCP à 2 semaines d'intervalle, avec un appel téléphonique entre les rendez-vous. Visites supplémentaires avec le psychiatre, au besoin.	2 séances avec un spécialiste de la dépression, suivies de 3 appels téléphoniques sur 12 mois et de 4 envois postaux personnalisés sur 12 mois.	12 mois. Visites de suivi avec le PCP à 1, 3, 6 et 10 semaines et à chaque 10 semaines par la suite. Les coordonnateurs téléphonaient aussi aux patients à 2 et 10 semaines (et, si nécessaire, après 18, 30 et 42 semaines) pour contrôler l'adhésion au traitement, la réponse et les effets secondaires des médicaments. Consultation possible avec un psychiatre.
Éléments de collaboration	Le médecin de soins de santé primaires recevait une rétroaction verbale immédiate, une note dactylographiée en moins d'une semaine suivant la date de la visite du psychiatre. Le psychiatre révisait mensuellement les données pharmaceutiques sur les renouvellements d'antidépresseurs et alertait le PCP ou téléphonait au patient en cas d'abandon prématuré. Si des effets secondaires graves ou une résistance au traitement survenaient, le psychiatre aidait le patient et le PCP à ajuster le dosage ou à choisir un médicament alternatif.	Le plan de prévention des rechutes était partagé avec le PCP. Le spécialiste de la dépression avisait le PCP si le patient ne prenait pas l'ordonnance ou si les questionnaires envoyés par la poste démontraient que le patient était symptomatique. Communication verbale et écrite intermittente sur les progrès du patient.	Psychiatre identifié pour la consultation. Les résultats des appels téléphoniques de contrôle et les recommandations pour des ajustements au traitement étaient fournis au PCP.
Résultat 1	La satisfaction du patient était plus grande dans le groupe d'intervention à 3 mois ($p<.00001$) et à 6 mois ($p=.04$).	Les patients du groupe d'intervention avaient une plus grande adhésion aux doses adéquates d'antidépresseurs ($p<.001$) et étaient plus susceptibles de renouveler leurs ordonnances de médicaments durant le suivi de 12 mois ($p<.001$).	Les patients des pratiques avec intervention étaient plus susceptibles de recevoir un traitement aux antidépresseurs adéquat ($p<.001$). Les patients avec intervention avaient de meilleurs résultats à chaque évaluation de suivi, et la différence entre le programme de gestion de la dépression et les groupes recevant des soins habituels avait augmenté de façon significative sur une période de temps. ($p=.005$). À 12 mois, les patients du programme de gestion de la dépression étaient plus susceptibles d'être en rémission que les patients des pratiques témoins ($p<.001$) et de rapporter un meilleur fonctionnement social, une meilleure perception de la santé mentale et de la santé en général ($p<.05$).

Résultat 2	Les patients du groupe d'intervention étaient plus susceptibles que ceux du groupe témoin d'avoir adhéré aux antidépresseurs à 3 mois ($p=.02$) et à 6 mois ($p=.002$) et d'avoir reçu des antidépresseurs pour au moins 90 jours aux niveaux recommandés ou au-delà ($p<.0001$).	Les patients du groupe d'intervention avaient moins de symptômes dépressifs, mais pas moins d'épisodes de rechute.	Baisse significative des visites dans le groupe recevant des soins habituels. Pas de changements dans les admissions de patients hospitalisés entre les groupes.
Résultat 3	Davantage de patients du groupe d'intervention s'étaient rétablis (étaient asymptomatiques) à 3 mois ($p=.01$) et 6 mois ($p=.05$) que les patients ayant reçu des soins habituels.		

Meilleures pratiques pour des soins de santé mentale axés sur la collaboration

Auteur	Lester, H. 2003 (30)	Lin, EH. 2000 (4)	Lovell, K 2003 (37)
Étude	A Cluster Randomised Controlled Trial of Patient-Held Medical Records for People with Schizophrenia Receiving Shared Care.	Achieving Guidelines for the Treatment of Depression in Primary Care.	Improving Access to Primary Mental Health Care: Uncontrolled Evaluation of a Pilot Self-Help Clinic.
Population	176 cliniques de médecine générale au R.-U. 201 patients souffrant de schizophrénie âgés de 18 ans et plus recevant des soins partagés en contact avec les services de soins secondaires.	Clinique de soins de santé primaires de la HMO à Seattle, aux États-Unis.	Clinique de médecine générale au R.-U. 207 patients âgés de 16 ans et plus, ayant un diagnostic de dépression ou d'anxiété posé par l'omnipraticien et référés par l'omnipraticien pour un counseling d'entraide.
Concept/objectifs de l'étude	ECR. Les patients souffrant de schizophrénie étaient randomisés sur la base de la pratique de leur omnipraticien pour appartenir au groupe d'intervention (dossier tenu par le patient) ou à celui recevant des soins habituels. Objectifs de l'étude : évaluer l'efficacité d'un dossier tenu par le patient concernant les résultats cliniques, la satisfaction envers les soins et l'utilisation des ressources de soins de santé.	Étude quasi-expérimentale. Concept d'étude avant/après. Étude sœur de celle de Katon (1996). L'essai avant/après était conçu pour déterminer l'impact de la formation versus de la réorganisation des services sur le comportement du médecin dans le traitement de la dépression dans le contexte d'un programme à facettes multiples intensif. Déterminer de plus si l'intervention était généralisée aux patients sans intervention et si elle durait au-delà de la période de temps d'intervention, après laquelle les structures de réorganisation des services étaient retirées.	Concept d'étude avant/après non contrôlée. Objectifs de l'étude : déterminer la faisabilité ainsi que l'efficacité d'une clinique d'entraide tenue par un thérapeute et située dans le contexte d'une médecine générale en comparaison avec des données d'efficacité publiées par des services traditionnels de thérapie en psychologie.
Groupe témoin	Soins habituels.	Comparait la formation du médecin avec la réorganisation de la prestation des services.	S.O.
Intervention 1	Élaboration d'un dossier tenu par le patient en utilisant des groupes cibles comprenant des usagers.	Formation initiale du médecin : atelier d'une demi-journée sur les lignes directrices de traitement pour la dépression, l'utilisation des antidépresseurs, un jeu de rôles sur les meilleures pratiques, la révision du matériel de formation pour le patient et l'utilisation du manuel de traitement de la dépression.	Accès rapide : rendez-vous planifiés à l'intérieur de 2 semaines.
Intervention 2	Formation de tous les professionnels de la santé sur le dossier tenu par le patient.	Formation continue du médecin sur 12 mois : rétroactions et discussions basées sur des cas, fournir des articles pertinents, six séances didactiques sur l'heure du midi et des présentations de cas.	Évaluation initiale de 30 minutes faite par le thérapeute infirmier résultant en un programme d'entraide personnalisé et en des conseils sur le comportement, les connaissances et le style de vie à l'aide de manuels et de matériel déjà publiés.
Intervention 3		Réorganisation du service limitée dans le temps : première visite structurée chez le médecin de famille plus longue pour permettre la formation du patient.	Visites chez le thérapeute infirmier pour contrôler les progrès à des intervalles de 2 semaines à l'aide d'un questionnaire standardisé de rapport sur soi-même.
Intervention 4		Réorganisation des services limitée dans le temps : alterner les visites chez le psychiatre sur place avec celles chez le médecin de famille (MF). Rétroactions au MF par le psychiatre après chaque visite.	

Intervention 5		Réorganisation des services limitée dans le temps : contrôle de l'adhésion par le psychiatre via les données pharmaceutiques sur les renouvellements avec un avis au MF sur les patients qui avaient abandonné le traitement.	
Personnel	L'omnipraticien et le personnel spécialisé en santé mentale.	PCP, psychiatre.	Thérapeute infirmier ayant de l'expérience en thérapie cognitivo-comportementale.
Intensité/durée	12 mois.	12 mois. La formation continue et la réorganisation des services pour permettre un contrôle accru.	Évaluation initiale de 30 minutes et séance de planification du traitement. Suivi à des intervalles de 2 semaines. Nombre moyen de séances : 3,4 par patient. Durée moyenne : 58 minutes par patient.
Éléments de collaboration	Utilisation d'un dossier tenu par le patient pour faciliter la communication entre les prestataires de soins de santé primaires et les prestataires de soins de santé mentale spécialisés.	Formation du médecin, discussions de cas, visites en alternance chez le psychiatre sur place et le PCP, rétroactions immédiates du psychiatre au PCP, contrôle de l'adhésion du patient par le psychiatre, avec rétroactions au PCP.	Le thérapeute infirmier travaillait en médecine générale pour mettre en oeuvre la clinique d'entraide sous la supervision de l'omnipraticien. Collaboration entre l'infirmier et le patient pour aider le patient à gérer son problème de santé mentale plus efficacement.
Résultat 1	Satisfaction du patient : pas de différences significatives entre les groupes d'intervention et témoins.	Pas de différences significatives au niveau des ordonnances d'antidépresseurs dans les 6 mois avant et après la fin de l'intervention.	Satisfaction du patient : 82% des patients assistaient aux multiples rendez-vous. 88% étaient satisfaits ou très satisfaits de la clinique.
Résultat 2	Résultats cliniques : pas de différences significatives au niveau du changement de pointages dans les groupes d'intervention et témoins.	Pas de différences significatives dans le processus de traitement ou l'intensité des visites de suivi dans les 6 mois avant et après la fin de l'intervention.	Efficacité : 159 patients ont reçu de l'aide sur 16 mois.
Résultat 3	Taux de référence : pas de différences significatives dans les références en santé mentale et autres références entre les groupes d'intervention et témoins.	Pas de différences significatives dans la quantité de formation pour le patient dans les 6 mois avant ou après la fin de l'intervention.	Les résultats cliniques étaient similaires à ceux des services traditionnels de counseling (pas de statistiques).
Résultat 4	Admissions : pas de différences significatives entre les groupes d'intervention et témoins.	Pas de différences significatives dans la satisfaction du patient dans les 6 mois avant et après la fin de l'intervention.	
Résultat 5	Fréquence des visites de soins de santé primaires : pas de différences entre les groupes d'intervention et témoins.	Pas de différences significatives dans les résultats pour la dépression dans les 6 mois avant ou après la fin de l'intervention.	

Meilleures pratiques pour des soins de santé mentale axés sur la collaboration

Auteur	Mildred, H. 2000 (44)	Peveler, R. 1999 (14)	Rost, K. 2002 (16)
Étude	Collaboration Between General Practitioners and a Child and Adolescent Mental Health Service.	Effect of Antidepressant Drug Counselling and Information Leaflets on Adherence to Drug Treatment in Primary Care: Randomised Controlled Trial	Managing Depression as a Chronic Disease: a Randomized Trial of Ongoing Treatment in Primary Care.
Population	Personnel d'un centre de traitement de la santé mentale pour enfants et adolescents (CAMHS = Child and Adolescent Mental Health Service) en Australie, omnipraticiens locaux qui réfèrent des patients au centre.	250 patients de médecine générale au R.-U. débutant un traitement avec un antidépresseur tricyclique et qui sont âgés de 18 ans et plus.	12 pratiques de soins de santé primaires à travers les États-Unis randomisées pour le groupe d'intervention ou celui des soins habituels. 211 patients débutant un nouveau traitement pour la dépression.
Concept/objectifs de l'étude	Concept d'étude avant/après documentant l'impact d'une intervention conçue pour augmenter la communication et le degré de collaboration entre le personnel du CAMHS et les omnipraticiens qui effectuaient les références.	ECR. Objectif de l'étude : déterminer si la brochure d'information sur les médicaments, le counseling sur les médicaments par l'infirmière praticienne, ou l'information sur les médicaments combinée au counseling sur les médicaments produisait une meilleure adhésion aux médicaments que le traitement habituel et s'il en résultait en de meilleurs résultats cliniques.	ECR. Hypothèse de l'étude : une intervention continue pour améliorer le traitement de la dépression augmenterait la rémission et améliorerait le fonctionnement sur 24 mois chez les patients débutant un nouvel épisode de traitement pour la dépression majeure.
Groupe témoin	S.O.	Traitement habituel.	Soins habituels.
Intervention 1	Formation du personnel du CAMHS sur la médecine générale, la formation en santé mentale, les habiletés des omnipraticiens, les contraintes de temps de la médecine générale, etc.	La brochure d'information était remise aux patients dans les deux branches de l'essai et contenait de l'information sur le médicament antidépresseur, les effets secondaires et sur la procédure à suivre en cas d'oubli d'une dose.	Brève formation pour les médecins de l'intervention, les infirmières et les employés du bureau qui visait à encourager un traitement de la dépression conforme aux lignes directrices concernant la dépression de la Agency for Health Care Policy and Research.
Intervention 2	Formation de l'omnipraticien sur le CAMHS, ses services, ses processus et ses procédures.	Les infirmières praticiennes ayant reçu 4 heures de formation fournissaient un counseling sur les médicaments basé sur le protocole et conçu pour augmenter l'adhésion : information sur la dépression, importance du traitement avec médicaments, gestion des effets secondaires et besoin d'un traitement pour 6 mois. Également discutés : entraide et ressources locales. Counseling donné à la 2e et à la 4e semaine.	Après que le médecin ait confirmé le diagnostic du dépistage, le patient recevait du matériel de formation écrit. Une semaine plus tard, l'infirmière du bureau, formée pour fournir de la gestion de soins, réévaluait les symptômes dépressifs, donnait de la formation sur les options de traitement, demandait à chaque patient de compléter des devoirs et elle planifiait des contacts de suivi.
Intervention 3	Une série de séminaires accrédités sur les problèmes de santé mentale des enfants et des adolescents dont les sujets étaient proposés par les omnipraticiens locaux.	Brochure combinée au counseling par l'infirmière.	L'infirmière téléphonait aux patients une fois par semaine pendant 5 à 8 semaines. Les symptômes étaient réévalués à l'aide d'une liste de contrôle. L'adhésion au traitement était vérifiée.

Intervention 4	Les changements dans les procédures du CAMHS : documentation de l'omnipraticien dans tous les cas, élaboration d'une lettre standardisée pour améliorer l'efficacité de la communication avec les omnipraticiens et liste de contrôle informatisée qui incitait le clinicien à mettre l'omnipraticien à jour concernant les progrès du patient à 6 mois.		À 9 mois (prévu pour être à 6 mois) après la visite index, les infirmières téléphonaient aux patients, contrôlaient les symptômes de la dépression, encourageaient les patients dont les symptômes se dissipaient à adhérer au traitement et suggéraient aux patients dont les symptômes ne s'étaient pas dissipés d'en parler à leur médecin lors de leur prochaine visite. Les patients qui rapportaient 3 symptômes dépressifs ou plus étaient rappelés le mois suivant; ceux qui avaient moins de 3 symptômes étaient rappelés dans 3 mois.
Intervention 5	Liens administratifs augmentés entre le CAMHS et les divisions de médecine générale.		Les médecins révisaient les résumés mensuels des symptômes du patient et du traitement en cours préparés par le gestionnaire des infirmières en plus des notes de rappel pour ajuster le traitement pour des patients symptomatiques selon les lignes directrices révisées par le psychiatre. .
Personnel	Le personnel du CAMHS et les omnipraticiens qui réfèrent des patients au centre.	Omnipraticien et infirmière praticienne. Le chercheur donnait une formation à l'infirmière.	PCP, infirmières praticiennes et réceptionnistes. Aucune des pratiques n'avait des professionnels de la santé mentale sur place.
Intensité/durée	Suivi de 12 mois.	Suivi à 6 et 12 semaines.	24 mois. Intervention initiale : 5 à 8 semaines.
Éléments de collaboration	Interventions de formation pour améliorer la compréhension mutuelle des rôles, habiletés et services, processus de communication améliorés et formation des omnipraticiens sur les problèmes de santé mentale chez les enfants et les adolescents.	L'infirmière basée à la pratique travaillait avec l'omnipraticien pour renforcer l'adhésion du patient aux médicaments.	La collaboration se déroulait entre le médecin de soins de santé primaires, l'infirmière praticienne et le personnel de bureau. Le personnel de bureau dépitait les patients tandis que l'infirmière fournissait la formation et le contrôle. Les médecins révisaient les résumés mensuels des symptômes du patient et du traitement en cours préparés par l'infirmière en plus des notes de rappel pour ajuster le traitement pour des patients symptomatiques selon les lignes directrices révisées par le psychiatre.
Résultat 1	Redoublement des contacts téléphoniques réguliers (pas de statistiques) et augmentation «substantielle» dans la fréquence des communications écrites.	L'adhésion était plus grande dans le groupe de counseling que dans le groupe témoin à 12 semaines (OR 2.7).	Les soins renforcés ont augmenté l'utilisation des antidépresseurs par les patients sur les deux ans de l'étude (6.5 mois versus 3.4 mois chez les sujets du groupe témoin (p<.0001)).
Résultat 2	Augmentation en % des gestionnaires de cas qui avaient partagé un cas avec l'omnipraticien. Pour les gestionnaires de cas individuels, redoublement des nombres de cas partagés avant et après l'intervention.	Pas de différences significatives dans l'adhésion entre les patients du groupe témoin et ceux à qui on avait donné une brochure.	Les soins renforcés ont augmenté l'utilisation du counseling par les patients à 6 mois (p<.0001) et 12 mois (p<.01).

Meilleures pratiques pour des soins de santé mentale axés sur la collaboration

Résultat 3	Augmentation dans la proportion d'omnipraticiens qui considéraient que le CAMHS était «très/extrêmement utile ». Réduction statistiquement significative dans le nombre d'omnipraticiens qui considéraient que le CAMHS n'était «pas utile ».	Fournir des brochures au groupe de counseling n'a pas augmenté l'adhésion en comparaison avec le groupe témoin.	Les soins renforcés ont amélioré de façon significative le taux de rémission, le fonctionnement émotionnel et le fonctionnement physique en comparaison avec les soins habituels. À 24 mois, 74% des patients avec intervention rencontraient les critères pour la rémission versus 41% des patients du groupe témoin.
Résultat 4		Chez les patients ayant un diagnostic de dépression majeure et qui recevaient 75mg de médicaments ou plus, le counseling sur les médicaments était associé à une amélioration significative du résultat clinique à 12 semaines. Il n'y avait pas de différences dans le résultat clinique entre le groupe de counseling et le groupe témoin pour les patients qui recevaient moins de 75 mg de médicaments.	5 des 6 pratiques de soins renforcés ont atteint de façon constante de meilleurs résultats que les pratiques de soins habituels.

Auteur	Rost, K. 2005 (17)	Sharma VK. 2001 (47)	Sherbourne, CD. 2001 (41)
Étude	Cost-effectiveness of Enhancing Primary Care Depression Management on an Ongoing Basis	Developing Mental Health Services in a Primary Care Setting: Liverpool Primary Care Mental Health Project.	Long-term Effectiveness of Disseminating Quality Improvement for Depression in Primary Care.
Population	12 pratiques de soins de santé primaires à travers les États-Unis randomisées pour le groupe d'intervention ou celui des soins habituels. 211 patients débutant un nouveau traitement pour la dépression.	642 patients référés à une équipe de santé mentale à forte intégration de 5 pratiques de soins de santé primaires à Liverpool pour une période de 3 ans.	1299 patients ayant actuellement des symptômes dépressifs dans 46 pratiques de soins de santé primaires de la HMO, aux États-Unis.
Concept/objectifs de l'étude	Analyse post hoc de l'étude de Rost (2002). ECR. Objectif de l'étude : comparer la rentabilité de l'intervention de la gestion des maladies chroniques pour la dépression avec les soins habituels.	Concept d'étude avant-après et cas-témoins. Objectif de l'étude : déterminer la faisabilité et l'impact de l'établissement d'un service de santé mentale basé sur les soins de santé primaires en utilisant des approches de soins partagés avec la priorité accordée aux soins des patients atteints de maladie mentale grave.	Étude de suivi de l'étude de Wells (2000). ECR. La pratique était l'unité de randomisation. Les pratiques étaient randomisées pour faire partie d'un des deux programmes d'amélioration de la qualité pour la dépression (suivi des médicaments ou psychothérapie) ou pour les soins habituels. Objectif de l'étude de suivi : déterminer si la mise en oeuvre d'une intervention de QI à court terme aurait des bénéfices sur l'état de santé du patient après 1 an.
Groupe témoin	Soins habituels. Les médecins de ces pratiques n'étaient pas systématiquement informés si leurs patients avaient obtenu un résultat positif au test de dépistage de la dépression.	5 pratiques similaires et géographiquement rapprochées; données de base sur la pratique d'intervention obtenues avant la mise en oeuvre.	Soins habituels.
Intervention 1	Brève formation pour les médecins de l'intervention, les infirmières et le personnel du bureau qui visait à encourager un traitement de la dépression conforme avec les lignes directrices concernant la dépression de la Agency for Health Care Policy and Research.	Consultation basée sur la médecine générale, suivi par le psychiatre pour tous les patients atteints de MMG et contrôle par la CMHN soutenus par les registres de la pratique pour tous les patients atteints de MMG.	Toutes les pratiques : formation du médecin et de l'infirmière sur la dépression, 6 conférences mensuelles, des manuels cliniques et des cartes de rappel de poche.
Intervention 2	Après que le médecin ait confirmé le diagnostic de dépistage, le patient recevait du matériel de formation écrit. Une semaine plus tard, l'infirmière du bureau, formée pour fournir de la gestion de soins, réévaluait les symptômes dépressifs, donnait de la formation sur les options de traitement, demandait à chaque patient de compléter des devoirs et planifiait des contacts de suivi.	Évaluation basée sur la médecine générale et contrôle par le CMHN pour les patients ayant des troubles de santé mentale communs.	Programme de suivi des médicaments: les infirmières spécialisées effectuaient l'évaluation initiale du patient.
Intervention 3	L'infirmière téléphonait aux patients une fois par semaine pendant 5 à 8 semaines. Les symptômes étaient réévalués à l'aide d'une liste de contrôle. L'adhésion au traitement était vérifiée.	Conseils par téléphone et soutien par le psychiatre consultant.	Programme des médicaments : le médecin de soins de santé primaires rencontrait le patient et utilisait l'évaluation de l'infirmière pour formuler le plan de traitement.

Meilleures pratiques pour des soins de santé mentale axés sur la collaboration

Intervention 4	À 9 mois (prévu pour être à 6 mois) après la visite index, les infirmières téléphonaient aux patients, contrôlaient les symptômes de la dépression, encourageaient les patients dont les symptômes se dissipaient à adhérer au traitement et suggéraient aux patients dont les symptômes ne s'étaient pas dissipés d'en parler à leur médecin lors de leur prochaine visite. Les patients qui rapportaient 3 symptômes dépressifs ou plus étaient rappelés le mois suivant; ceux qui avaient moins de 3 symptômes étaient rappelés dans 3 mois.	Réunions hebdomadaires de l'équipe multidisciplinaire dans les cliniques de médecine générale pour réviser les soins des patients atteints de MMG et pour discuter de la situation d'un patient pour lequel l'omnipraticien avait besoin d'aide.	Programme des médicaments : l'infirmière spécialisée contactait le patient à chaque mois pendant 6 ou 12 mois (randomisé) pour aider le PCP dans la gestion des médicaments.
Intervention 5	Les médecins révisaient les résumés mensuels des symptômes du patient et du traitement en cours préparés par le gestionnaire des infirmières en plus des notes de rappel pour ajuster le traitement pour des patients symptomatiques selon les lignes directrices révisées par le psychiatre.	Développement et mise en place de lignes directrices pour la référence, les interventions et les soins continus, avec des procédures de vérification intégrées.	Programme des médicaments : le psychiatre était disponible pour conseiller l'infirmière et le médecin sur des questions concernant les médicaments.
Intervention 6		Rôles et responsabilités formalisés pour tous les cliniciens.	Programme de psychothérapie : le médecin de soins de santé primaires rencontrait le patient et utilisait l'évaluation de l'infirmière pour formuler un plan de traitement.
Intervention 7		Coordination des services fournis par les autres agences.	Programme de psychothérapie : les patients étaient référés aux psychothérapeutes locaux (pas sur place) formés en TCC pour 12 à 16 séances.
Personnel	PCP, infirmières praticiennes et réceptionnistes. Aucune des pratiques n'avait des professionnels de la santé mentale sur place.	Psychiatre consultant; psychiatre résident; 4 CMHN; .20 psychologue équivalent temps plein (ETP); un travailleur de soutien pour le client; un travailleur de soutien pour le travail; et 1.5 secrétaire ETP.	PCP, infirmière spécialisée, psychiatre consultant et psychothérapeute.
Intensité/durée	24 mois. Intervention initiale : 5 à 8 semaines.	Projet de 3 ans. Réunions hebdomadaires de l'équipe multidisciplinaire. Chaque pratique recevait 20 % du temps du psychiatre.	Médicaments : 6 à 12 mois de contrôle. Psychothérapie : 12 à 16 séances.
Éléments de collaboration	La collaboration se déroulait entre le médecin de soins de santé primaires, l'infirmière praticienne et le personnel du bureau. Le personnel du bureau dépistait les patients tandis que l'infirmière fournissait la formation et le contrôle. Les médecins révisaient les résumés mensuels des symptômes du patient et du traitement en cours préparés par le gestionnaire des infirmières en plus des notes de rappel pour ajuster le traitement pour des patients symptomatiques selon les lignes directrices révisées par le psychiatre.	Collaboration substantielle lors des réunions d'équipe, de la planification du traitement et de l'élaboration de protocole, soutien par le psychiatre, procédures de vérification de la qualité, etc.	L'infirmière spécialisée collaborait avec le PCP pour l'évaluation et la planification du traitement, facilitait les références au psychothérapeute et aidait le PCP dans la gestion des patients prenant des médicaments.

Résultat 1	Les soins renforcés ont augmenté l'utilisation des antidépresseurs par les patients sur les 2 ans de l'étude (6.5 mois versus 3.4 mois chez les sujets du groupe de contrôle (p<.0001)).	L'équipe gérait la majorité des patients ayant des troubles psychotiques et plus de la moitié des patients souffrant de troubles affectifs/névropathiques étaient transférés à nouveau à l'omnipraticien pour un suivi après l'évaluation et pour obtenir un avis sur leur gestion.	Résultat de l'étude de suivi : les patients du programme de médicaments et de celui de psychothérapie étaient moins susceptibles que ceux du groupe témoin à être déprimés à 6 et 12 mois, mais pas à 18 et 24 mois.
Résultat 2	Les soins renforcés ont aussi augmenté l'utilisation du counseling par les patients à 6 mois (p<.0001) et 12 mois (p<.01).	Baisse de 38% dans l'utilisation des lits de patients hospitalisés dans la pratique avec intervention pendant 3 ans en comparaison avec une augmentation de l'utilisation des lits de patients hospitalisés dans les pratiques témoins (pas de statistiques).	Résultat de l'étude de suivi : les patients du groupe de médicaments ont obtenu un taux plus élevé de trouble à 24 mois que les patients du programme de psychothérapie (p=.04).
Résultat 3	Les soins renforcés ont amélioré de façon significative le taux de rémission, le fonctionnement émotionnel et le fonctionnement physique en comparaison avec les soins habituels. À 24 mois, 74% des patients avec intervention rencontraient les critères pour la rémission versus 41% des patients du groupe témoin.	Le temps d'attente moyen pour un rendez-vous dans les pratiques avec intervention a baissé de 6 semaines à 3 semaines. Le temps d'attente moyen dans les pratiques témoins est demeuré de 4 à 5 semaines (pas de statistiques).	Résultat de l'étude de suivi : il n'y avait pas d'effets du programme relativement aux soins habituels sur le fonctionnement physique.
Résultat 4	5 des 6 pratiques de soins renforcés ont atteint de façon constante de meilleurs résultats que les pratiques de soins habituels.	Le taux de défection pour le premier rendez-vous est demeuré le même dans le groupe d'intervention, mais le taux de défection pour les rendez-vous subséquents a chuté de 32% à 18%, en comparaison avec un taux stable de 32% dans les pratiques témoins (pas de statistiques).	Résultat de l'étude de suivi : les patients du programme de psychothérapie avaient de meilleurs pointages en ce qui concerne le bien-être émotionnel que les patients recevant des soins habituels à 6 (p=.004), 12, 18 et 24 mois (p=.04).
Résultat 5	Résultat de l'analyse post hoc : les soins renforcés pour la dépression ont fait augmenter le nombre de jours sans détérioration de la dépression pour 2 ans en comparaison avec les soins habituels (p<.01).	Satisfaction : les omnipraticiens de la clinique avec intervention étaient significativement plus satisfaits des temps d'attente (p=.01), de l'accès au CMHN (p=.002), de la communication globale (p=.04) et de la prestation des services (p=.016). 80% des patients étaient très satisfaits.	Résultat de l'étude de suivi : il n'y avait pas de différences dans les niveaux de bien-être émotionnel entre les patients recevant des soins habituels et ceux qui prenaient des médicaments à n'importe quelle période de l'étude.
Résultat 6	Résultat de l'analyse post hoc : le ratio de rentabilité différentiel pour les soins renforcés allait de 9 592\$ à 14 306\$ par année-personne sans invalidité.	À 6 mois, il y avait une amélioration dans la santé et le fonctionnement social, encore plus chez les patients souffrant de problèmes de santé mentale graves. Pas de données de comparaison avec le groupe témoin.	
Résultat 7	Le résultat de l'analyse post hoc : le nombre différentiel de jours sans détérioration de la dépression a augmenté entre la première et la deuxième année (p<.001) alors que les coûts du plan de santé ont diminué (p<.001).		

Auteur	Simon, GE 2000 (12)	Simon, GE 2001 (19)	Swindle, RW 2003 (13)
Étude	Randomised Trial of Monitoring, Feedback, and Management of Care by Telephone to Improve Treatment of Depression in Primary Care.	Cost-Effectiveness of a Collaborative Care Program for Primary Care Patients with Persistent Depression.	Integrating Clinical Nurse Specialists Into the Treatment of Primary Care Patients with Depression.
Population	5 cliniques de soins de santé primaires de la HMO à Puget Sound, aux États-Unis. 613 patients dépressifs (basé sur une décision clinique d'entreprendre un traitement aux médicaments antidépresseurs et sur les pointages de la liste de contrôle des symptômes de Hopkins).	Clinique de soins de santé primaires de la HMO à Seattle, aux États-Unis. 228 patients souffrant de dépression persistante 6 à 8 semaines après le début du traitement aux antidépresseurs par le PCP.	268 patients (hommes, âge moyen 56 ans) dans 2 cliniques de médecine générale du AV qui ont obtenu des résultats positifs au test de dépistage de la dépression PRIME-MD.
Concept/objectifs de l'étude	ECR : 3 branches. Hypothèse : le contrôle de l'adhésion au traitement ainsi que le suivi systématique des soins augmenteraient la fréquence des visites de suivi de même que la dose et la durée du traitement aux antidépresseurs et diminueraient la gravité des symptômes dépressifs, en comparaison avec les soins habituels.	Analyse de rentabilité du ECR rapporté par Katon en 1999. Hypothèse : les patients ayant une maladie dépressive persistante et ayant été promu au niveau des soins de santé axés sur la collaboration recevraient une pharmacothérapie plus adéquate, seraient plus satisfaits des soins et auraient de meilleurs résultats sur 6 mois.	ECR. Objectif de l'étude : examiner l'efficacité de l'intégration des soins généraux et spécialisés pour soigner les vétérans souffrant de dépression. Deux cliniques randomisées pour les soins de santé axés sur la collaboration et employant des infirmières cliniques spécialisées pour travailler avec le PCP, ou pour les soins habituels pour les patients ayant un diagnostic de dépression.
Groupe témoin	Soins habituels.	Soins habituels par le PCP : dans la plupart des cas, prescription d'un antidépresseur, 2 à 3 visites pendant les 3 premiers mois et l'option de référer au service de santé mentale.	Les médecins du groupe témoin étaient avisés des résultats du test de dépistage PRIME-MD. Autrement, on prodiguait les soins habituels.
Intervention 1	Groupe recevant seulement des rétroactions : les PCP recevaient un rapport détaillé sur chaque patient à 8 et 16 semaines après l'ordonnance initiale – incluant des données informatisées sur le dosage des antidépresseurs et les renouvellements d'ordonnances, le nombre de visites de suivi et de visites planifiées et les recommandations de traitement sur la base d'un algorithme informatisé. NB : Les rétroactions parvenaient à la suite des visites de patients.	Formation du patient : livre et vidéo.	Tous les médecins suivaient un programme de formation sur les stratégies de traitement actuelles de la dépression et sur l'interprétation du test de dépistage PRIME-MD avant la randomisation.
Intervention 2	Groupe de gestion des soins : un appel téléphonique de présentation de 5 minutes du questionnaire de soins suivi de 2 évaluations téléphoniques de 10 à 15 minutes à 8 et 16 semaines après l'ordonnance initiale. Les questionnaires contrôlaient l'usage courant des antidépresseurs, les effets secondaires et la gravité des symptômes dépressifs.	2 à 4 séances avec un psychiatre à la clinique du PCP. Ajustement des médicaments antidépresseurs basé sur un algorithme. Au besoin, référence à un traitement psychosocial ou à des ressources communautaires.	Élaboration d'un plan de traitement par l'infirmière clinique spécialisée conformément au protocole pré-établi et avec l'approbation du médecin de soins de santé primaires.
Intervention 3	Groupe de gestion des soins : un rapport détaillé était remis aux médecins après chaque évaluation téléphonique et comprenait des données informatisées, des données d'évaluation et des recommandations basées sur un algorithme sophistiqué.	Contrôle continu de l'adhésion au régime posologique de médicaments.	Discussion du plan avec le patient par l'infirmière clinique spécialisée et le médecin de soins de santé primaires.

Intervention 4	Les gestionnaires de cas aidaient les PCP à mettre en oeuvre les recommandations (p. ex. contacts téléphoniques pour communiquer des recommandations urgentes, planifier des visites de suivi, contacter des patients qui avaient arrêté le traitement, etc.).		Contrôle de l'adhésion du patient et réponse par l'infirmière clinique spécialisée à 2 semaines, un mois et deux mois durant des appels téléphoniques ou des visites en personne.
Intervention 5			Révision des patients qui ne répondaient pas, qui n'étaient conformes ou qui avaient des problèmes de médicaments; si nécessaire, une référence à un spécialiste de la santé mentale.
Personnel	Psychiatre consultant; psychiatre résident; 4 infirmières en santé mentale communautaires; .20 psychologue équivalent temps plein (ETP = équivalent temps plein); un travailleur de soutien pour le client; un travailleur de soutien pour le travail; et 1.5 secrétaire ETP.	Psychiatre, PCP.	PCP et infirmières cliniques spécialisées formées et ayant de l'expérience dans le traitement de la dépression. Psychiatre disponible pour avis et consultation.
Intensité/durée	Projet de 3 ans. Réunions hebdomadaires de l'équipe multidisciplinaire. Chaque pratique recevait 20 % du temps du psychiatre.	6 mois.	Intervention de 2 mois; suivi de 12 mois.
Éléments de collaboration	Collaboration substantielle lors des réunions d'équipe, de la planification de traitement et de l'élaboration de protocole, soutien par le psychiatre, procédures de vérification de la qualité, etc.	Le médecin de soins de santé primaires recevait une rétroaction verbale immédiate, une note dactylographiée en moins d'une semaine suivant la date de la visite du psychiatre. Le psychiatre alertait le PCP ou téléphonait au patient en cas d'abandon prématuré. Si des effets secondaires graves ou une résistance au traitement survenaient, le psychiatre aidait le patient et le PCP à modifier le dosage ou à choisir un médicament alternatif.	Toutes les décisions concernant le début ou le changement de thérapies étaient discutées avec le PCP avant leur mise en oeuvre. Le psychiatre était disponible pour discuter des plans ou pour donner des conseils, au besoin. L'infirmière clinique spécialisée accompagnait tous les patients référés à la clinique de santé mentale spécialisée lors de leur première visite pour améliorer la communication et la continuité des soins.
Résultat 1	L'équipe gérait la majorité des patients ayant des troubles psychotiques et plus de la moitié des patients souffrant de troubles affectifs/névropathiques étaient transférés à nouveau à l'omnipraticien pour un suivi après l'évaluation et pour obtenir un avis sur leur gestion.	La satisfaction du patient était significativement plus grande dans le groupe d'intervention : voir Katon (1999).	La mise en oeuvre du programme était mauvaise : les infirmières cliniques spécialisées étaient en désaccord avec le diagnostic du test de dépistage PRIME-MD dans 40% des cas et ne mettaient pas en oeuvre le contrôle ni le suivi.
Résultat 2	Baisse de 38% dans l'utilisation des lits de patients hospitalisés dans la pratique avec intervention pendant 3 ans en comparaison avec une augmentation de l'utilisation des lits de patients hospitalisés dans les pratiques témoins (pas de statistiques).	Les patients du groupe d'intervention étaient significativement plus susceptibles de recevoir des antidépresseurs pour au moins 90 jours aux niveaux recommandés ou au-delà : voir Katon (1999).	Pas de différences significatives entre les groupes d'intervention et témoins pour les symptômes dépressifs à 3 mois et 12 mois. Le sous-groupe des patients ayant une dépression majeure (vs mineure) s'est amélioré à 3 et 12 mois ($p=.001$) en comparaison avec le groupe témoin.
Résultat 3	Le temps d'attente moyen pour un rendez-vous dans les pratiques avec intervention a chuté de 6 semaines à 3 semaines. Le temps d'attente moyen dans les pratiques témoins est demeuré de 4 à 5 semaines (pas de statistiques).	De façon significative, plus de patients du groupe d'intervention s'étaient rétablis à 3 mois et 6 mois que de patients du groupe recevant des soins habituels : voir Katon (1999).	Pas de différences significatives au niveau de la satisfaction des patients.

Meilleures pratiques pour des soins de santé mentale axés sur la collaboration

Résultat 4	Le taux de défection pour le premier rendez-vous est demeuré le même dans le groupe d'intervention, mais le taux de défection pour les rendez-vous subséquents a chuté de 32% à 18%, en comparaison avec un taux stable de 32% dans les pratiques témoins (pas de statistiques).	Résultat de l'analyse post hoc: les coûts du traitement de la dépression étaient plus élevés d'environ 340,00\$US pour le groupe des soins axés sur la collaboration. Les coûts supplémentaires étaient concentrés dans les ordonnances d'antidépresseurs et les visites des patients externes.	Pas de différences significatives entre le groupe d'intervention et le groupe témoin dans le nombre de nouvelles ordonnances de ISRS ou le % de patients recevant des doses adéquates de ISRS.
Résultat 5	Satisfaction : les omnipraticiens de la clinique avec intervention étaient significativement plus satisfaits des temps d'attente ($p=.01$), de l'accès au CMHN ($p=.002$), de la communication globale ($p=.04$) et de la prestation de services ($p=.016$). 80% des patients étaient très satisfaits.		Les patients du groupe d'intervention étaient plus susceptibles d'avoir un diagnostic de dépression dans leur dossier ($p=.003$) et d'être référés à un spécialiste de la santé mentale à 3 mois ($p=.019$).
Résultat 6	L'échelle Health of the Nation Outcome, après 6 mois, montrait une amélioration au niveau de la santé et du fonctionnement social, plus encore chez les patients ayant des problèmes de santé mentale graves. Pas de données de comparaison avec le groupe témoin.		

Auteur	Unützer J. 2001. (40)	Unützer, J. 2002 (22)	Walker, EA. 2000 (20)
Étude	Two-Year Effects of Quality Improvement Programs on Medication Management for Depression.	Collaborative Care Management of Late-Life Depression in the Primary Care Setting. A Randomized Controlled Trial	Predictors of Outcome in a Primary Care Depression Trial
Population	46 cliniques de soins de santé primaires dans 6 organismes de gestion des soins de santé aux États-Unis. 1356 patients qui ont obtenu un résultat positif au test de dépistage de la dépression CES-D.	18 cliniques de soins de santé primaires de 8 HMO dans 5 États. 1801 patients âgés de 60 ans ou plus souffrant de dépression majeure, de dysthymie ou des deux.	Clinique de soins de santé primaires de la HMO à Puget Sound, aux États-Unis. 228 patients souffrant de dépression persistante 6 à 8 semaines après le début du traitement aux antidépresseurs.
Concept/objectifs de l'étude	Analyse post hoc de l'étude de Wells (2000). ECR : 3 branches. Les cliniques assorties étaient randomisées pour le groupe des soins habituels ou 1 des 2 programmes d'intervention. Objectifs de l'étude : examiner les effets des interventions d'amélioration de la qualité pour la dépression sur l'utilisation d'antidépresseurs au suivi de 2 ans.	ECR. Les patients randomisés pour le groupe d'intervention ou le groupe de soins habituels. Hypothèse de l'étude: les patients de l'intervention auraient des taux plus élevés de traitement de la dépression, une plus grande satisfaction, de plus grandes améliorations de la dépression, moins de détérioration fonctionnelle reliée à la santé et une plus grande qualité de vie (QV) que les patients recevant des soins de santé habituels.	ECR. Analyse du sous-groupe de l'étude de Katon (1999) pour déterminer si la gravité de la dépression (grave vs légère/modérée) affectait le résultat pour les patients de la branche avec intervention.
Groupe témoin	Soins habituels par le PCP, mais les médecins recevaient par la poste les lignes directrices de la pratique en dépression de la Agency for Health Care Research and Quality.	Les patients recevant des soins de santé habituels pouvaient utiliser tout service de soins de santé primaires ou de santé mentale spécialisé qui était disponible dans le cadre des soins habituels.	Soins habituels par le PCP : dans la plupart des cas, prescription d'un antidépresseur, 2 à 3 visites pendant les 3 premiers mois et l'option de référer au service de santé mentale.
Intervention 1	Les cliniques étaient d'accord pour engager la moitié des fonds requis pour supporter les interventions. Le reste était payé par l'étude.	Formation renforcée du patient par un spécialiste en soins de la dépression (DCS) en utilisant du matériel écrit et sur vidéo. 60 minutes.	Formation du patient sur la dépression et les antidépresseurs : livre et vidéo.
Intervention 2	Formation du médecin : manuels cliniques, conférences mensuelles (80% ont assisté à au moins une), formation continue en pharmacothérapie au besoin (48% des cliniciens) et matériel de référence.	Algorithme de traitement en 3 étapes pour le traitement pharmacologique par le médecin de soins de santé primaires du patient, ou traitement de résolution de problèmes par le spécialiste en soins de la dépression. Initialement, contact hebdomadaire ou bihebdomadaire par le DCS avec tous les patients de l'intervention (contacts téléphoniques allant de 5 à 15 min. jusqu'à des visites de 15 à 45 min.). Une fois que les symptômes étaient en rémission, les contacts de suivi étaient moins fréquents – habituellement 1 par mois. Le DCS contrôlait et effectuait le suivi des symptômes en utilisant des échelles et des questionnaires et il contrôlait les effets secondaires. Le DCS pouvait aussi fournir un traitement de résolution de problèmes.	2 séances avec le psychiatre dans la clinique du PCP à 2 semaines d'intervalle, avec un appel téléphonique entre les rendez-vous. Visites supplémentaires avec le psychiatre, au besoin. Le psychiatre examinait l'historique, la réponse aux médicaments, les problèmes relatifs aux effets secondaires et faisait des recommandations concernant les changements de médicaments. On conseillait aux patients ayant des agents stressants psychosociaux de consulter en psychothérapie.
Intervention 3	Formation de l'infirmière praticienne : atelier d'une journée basé sur un manuel écrit et une vidéo qui formait les infirmières pour fournir des évaluations cliniques brèves, de la formation aux patients et de l'activation. Matériel pour la formation des patients.	Le DCS réexaminait les patients chaque semaine avec le psychiatre de l'équipe et un « expert en soins de santé primaires » et discutait des progrès, des problèmes médicaux de comorbidité ainsi que de l'échec à progresser.	Le psychiatre révisait mensuellement les données pharmaceutiques sur les renouvellements d'antidépresseurs et alertait le PCP ou téléphonait au patient en cas d'abandon prématuré.

Meilleures pratiques pour des soins de santé mentale axés sur la collaboration

Intervention 4	Évaluation et formation du patient par l'infirmière praticienne. On demandait au médecin de soins de santé primaires de considérer les résultats de l'évaluation de l'infirmière lors de la formulation de son plan de traitement : le protocole des médicaments ou le protocole de psychothérapie.	Le psychiatre de l'équipe était disponible pour consultation concernant les patients qui ne s'amélioraient pas.	
Intervention 5	Protocole de psychothérapie : les psychothérapeutes locaux étaient formés pour donner une TCC individuelle manuelle et de groupe pour 12 à 16 séances. La TCC était suggérée pour les patients souffrant de dépression mineure.	Les patients qui atteignaient la rémission élaboraient un plan écrit de prévention des rechutes avec le DCS qui impliquait un suivi mensuel pour maintenir l'adhésion au traitement.	
Intervention 6	Protocole des médicaments : les infirmières fournissaient des évaluations de suivi et soutenaient l'adhésion par des contacts mensuels pendant 6 à 12 mois (randomisé au niveau du patient)		
Personnel	Le personnel de recherche effectuait le dépistage, les infirmières praticiennes effectuaient les évaluations et le contrôle du suivi tandis que les psychothérapeutes locaux donnaient une TCC manuelle.	Personnel de l'étude pour le dépistage. Spécialistes cliniques de la dépression : infirmières ou psychologues. Médecin de soins de santé primaires pour fournir les médicaments. Spécialiste en soins de la dépression formé pour les soins manuels. Le psychiatre était disponible pour consultation pour les patients qui ne réagissaient pas au traitement.	Psychiatre, PCP.
Intensité/durée	12 mois.	12 mois.	2 séances avec le psychiatre dans la clinique du PCP à 2 semaines d'intervalle, avec un appel téléphonique entre les rendez-vous. Visites supplémentaires avec le psychiatre, au besoin.
Éléments de collaboration	L'infirmière praticienne effectuait des évaluations et fournissait l'information au PCP. Elle suivait ensuite les patients prenant des médicaments en plus de fournir un soutien continu.	La plus grande partie de la collaboration se déroulait entre le spécialiste en soins de la dépression, le psychiatre et l'expert en soins de santé primaires. Le rôle du médecin de soins de santé primaires du patient semble avoir été limité à rédiger des ordonnances.	Le médecin de soins de santé primaires recevait une rétroaction verbale immédiate, une note dactylographiée en moins d'une semaine suivant la date de la visite du psychiatre. Le psychiatre révisait mensuellement les données pharmaceutiques sur les renouvellements d'antidépresseurs et alertait le PCP ou téléphonait au patient en cas d'abandon prématuré. Si des effets secondaires graves ou une résistance au traitement survenaient, le psychiatre aidait le patient et le PCP à modifier le dosage ou à choisir un médicament alternatif.
Résultat 1	Voir Wells (2000) pour les résultats initiaux.	À 12 mois, significativement plus de patients de l'intervention avaient une réduction de 50% ou plus des symptômes dépressifs en comparaison avec les patients recevant des soins habituels.	La satisfaction du patient était plus grande dans le groupe avec intervention à 3 mois et à 6 mois. Voir Katon (1999).

Résultat 2	Analyse post hoc : les patients du groupe de l'amélioration de la qualité et des médicaments (QI = quality improvement) recevant 6 mois de suivi infirmier étaient plus enclins que les patients du groupe témoin à prendre des antidépresseurs à 6 (p<.001) et 12 mois (p=.006) (pas de différences significatives à 18 et 24 mois).	Les patients du groupe d'intervention expérimentaient des taux plus hauts de traitement aux antidépresseurs que les patients recevant des soins habituels (p<.001).	L'adhésion était plus grande dans le groupe avec intervention que dans le groupe témoin, et le traitement était plus susceptible d'atteindre les niveaux des lignes directrices. Voir Katon (1999).
Résultat 3	Analyse post hoc : l'ajout d'un autre 6 mois de suivi n'a pas augmenté de façon significative le nombre de patients qui prenaient des antidépresseurs à 18 et 24 mois en comparaison avec le groupe témoin.	Les patients du groupe d'intervention avaient des taux plus hauts de réponse au traitement (p<.001) et de rémission complète (p<.001) que les patients recevant des soins habituels.	Davantage de patients du groupe d'intervention étaient asymptomatiques à 3 mois et à 6 mois en comparaison avec les patients recevant des soins habituels. Voir Katon (1999).
Résultat 4		Les patients du groupe d'intervention avaient une meilleure qualité de vie que les patients recevant des soins habituels (p<.001).	Résultat de l'analyse du sous-groupe: seulement les patients les moins dépressifs ont démontré des résultats améliorés dans le temps en comparaison avec ceux qui recevaient des soins habituels (p<.002).
Résultat 5		Les coûts par patient du groupe d'intervention étaient de 553,00\$ pour une période de 12 mois.	Résultat de l'analyse du sous-groupe: les patients du groupe avec intervention souffrant de dépression plus grave se sont améliorés durant les 3 premiers mois, mais ont perdu cet effet entre 3 et 6 mois.
Résultat 6			Résultat de l'analyse du sous-groupe: les patients souffrant de dépression plus grave étaient plus susceptibles d'avoir un trouble de panique comorbide (ratio des chances : 5.8) ou d'avoir souffert de violence psychologique dans l'enfance (ratio des chances : 2.6).

Auteur	Warner, JP. 2000(29)	Wells, KB. 2000 (39)	Wells, KB. 2004 (42)
Étude	Patient-held Shared Care Records for Individuals with Mental Illness. Randomised Controlled Evaluation.	Impact of Disseminating Quality Improvement Programs for Depression in Managed Primary Care	Five-Year Impact of Quality Improvement for Depression: Results of a Group-Level Randomized Controlled Trial.
Population	90 patients souffrant de maladie mentale à long terme dans 28 cliniques de médecine générale au R.-U.	46 cliniques de soins de santé primaires dans 6 organismes de gestion des soins de santé aux États-Unis. 1356 patients qui ont obtenu un résultat positif au test de dépistage de la dépression CES-D.	46 cliniques de soins de santé primaires dans 6 organismes de gestion des soins de santé aux États-Unis. 1356 patients qui ont obtenu un résultat positif au test de dépistage de la dépression CES-D. 991 patients qui ont complété un suivi téléphonique de 57 mois.
Concept/objectifs de l'étude	ECR. L'unité de randomisation était la médecine générale. L'objectif de l'étude : déterminer si le fait d'avoir un livret sur les soins partagés améliorerait la santé mentale, le contact de service et la satisfaction du patient envers les soins.	ECR : 3 branches. Les cliniques assorties randomisées pour le groupe des soins habituels ou 1 des 2 programmes d'intervention. Question de recherche : Quels sont les impacts des programmes de QI pour la dépression lorsque disséminés dans des organismes de gestion des soins de santé primaires dans des conditions naturalistes qui incluent la dépendance envers les prestataires de soins de santé et le libre choix du traitement?	Suivi de cinq ans de l'étude de Wells (2000). ECR : 3 branches. Les cliniques assorties étaient randomisées pour le groupe des soins habituels ou 1 des 2 programmes d'intervention. Objectif du suivi : étudier les effets des interventions concernant la qualité des soins pour la dépression 57 mois après le début de l'étude.
Groupe témoin	Soins habituels.	Soins habituels par le PCP, mais les médecins recevaient par la poste les lignes directrices de la pratique en dépression de la Agency for Health Care Research and Quality.	Soins habituels par le PCP, mais les médecins recevaient par la poste les lignes directrices de la pratique en dépression de la Agency for Health Care Research and Quality.
Intervention 1	Les omnipraticiens de la branche d'intervention recevaient de l'information concernant l'utilisation du livret sur les soins partagés.	Les cliniques étaient d'accord pour engager la moitié des fonds requis pour supporter les interventions. Le reste était payé par l'étude.	Les cliniques étaient d'accord pour engager la moitié des fonds requis pour supporter les interventions. Le reste était payé par l'étude.
Intervention 2	Les dossiers signalés incitaient l'omnipraticien ou un autre clinicien à demander au patient le dossier de soins partagés durant la visite.	Formation du médecin : manuels cliniques, conférences mensuelles (80% ont assisté à au moins une), formation continue en pharmacothérapie au besoin (48% des cliniciens) et matériel de référence.	Formation du médecin : manuels cliniques, conférences mensuelles (80% ont assisté à au moins une), formation continue en pharmacothérapie au besoin (48% des cliniciens) et matériel de référence.
Intervention 3	Les patients du groupe d'intervention recevaient un livret sur les soins partagés ainsi qu'une explication écrite et verbale concernant son utilisation.	Formation de l'infirmière praticienne: atelier d'une journée basé sur un manuel écrit et une vidéo qui formait les infirmières à fournir des évaluations cliniques brèves, de la formation aux patients et de l'activation. Matériel pour la formation des patients.	Formation de l'infirmière praticienne: atelier d'une journée basé sur un manuel écrit et une vidéo qui formait les infirmières à fournir des évaluations cliniques brèves, de la formation aux patients et de l'activation. Matériel pour la formation des patients.
Intervention 4		Évaluation et formation du patient par l'infirmière praticienne. On demandait au médecin de soins de santé primaires de considérer les résultats de l'évaluation de l'infirmière lors de la formulation de son plan de traitement : le protocole des médicaments ou le protocole de psychothérapie.	Évaluation et formation du patient par l'infirmière praticienne. On demandait au médecin de soins de santé primaires de considérer les résultats de l'évaluation de l'infirmière lors de la formulation de son plan de traitement : le protocole des médicaments ou le protocole de psychothérapie.

Intervention 5		Protocole de psychothérapie : les psychothérapeutes locaux étaient formés pour donner une TCC individuelle manuelle et de groupe pour 12 à 16 séances. La TCC était suggérée pour les patients souffrant de dépression mineure.	Protocole de psychothérapie : les psychothérapeutes locaux étaient formés pour donner une TCC individuelle manuelle et de groupe pour 12 à 16 séances. La TCC était suggérée pour les patients souffrant de dépression mineure.
Intervention 6		Protocole des médicaments : les infirmières fournissaient des évaluations de suivi et soutenaient l'adhésion par des contacts mensuels pendant 6 à 12 mois (randomisé au niveau du patient)	Protocole des médicaments : les infirmières fournissaient des évaluations de suivi et soutenaient l'adhésion par des contacts mensuels pendant 6 à 12 mois (randomisé au niveau du patient)
Intervention 7			Étude de suivi : sondages de suivi chaque 6 mois pendant 24 mois, avec un suivi téléphonique; sondage téléphonique à 24 mois. Suivi téléphonique à 57 mois.
Personnel	Omnipraticien et membres de l'équipe de santé mentale.	Le personnel de recherche effectuait le dépistage, les infirmières praticiennes effectuaient les évaluations et le contrôle du suivi et les psychothérapeutes locaux donnaient une TCC manuelle.	Le personnel de recherche effectuait le dépistage, les infirmières praticiennes effectuaient les évaluations et le contrôle du suivi et les psychothérapeutes locaux donnaient une TCC manuelle.
Intensité/durée	12 mois.	Contact mensuel des infirmières pour 6 ou 12 mois. TCC : 12 à 16 séances.	Contact mensuel des infirmières pour 6 ou 12 mois. TCC : 12 à 16 séances.
Éléments de collaboration	Le dossier de traitement tenu par le patient était conçu pour améliorer le flux d'information et la communication entre l'omnipraticien et les prestataires de soins de santé mentale.	L'infirmière praticienne effectuait des évaluations et fournissait de l'information au PCP. Elle suivait ensuite les patients prenant des médicaments et fournissait un soutien continu.	L'infirmière praticienne effectuait des évaluations et fournissait de l'information au PCP. Elle suivait ensuite les patients prenant des médicaments et fournissait un soutien continu.
Résultat 1	44% des patients du groupe d'intervention ont rapporté avoir utilisé le dossier de soins partagés (pas de statistiques).	Les taux de counseling et/ou de prise de médicaments étaient plus hauts dans le groupe d'intervention à 6 mois ($p<.001$) et 12 mois ($p=.006$). Les interventions augmentaient de 10% la probabilité de soins appropriés à chaque période de suivi.	Les taux de counseling et/ou de prise de médicaments étaient plus hauts dans le groupe d'intervention à 6 mois ($p<.001$) et 12 mois ($p=.006$). Les interventions augmentaient de 10% la probabilité de soins appropriés à chaque période de suivi.
Résultat 2	14 prestataires de soins de santé ont rapporté avoir vu un dossier (pas de statistiques).	Les patients du groupe d'intervention étaient moins susceptibles d'avoir une dépression probable à 6 mois ($p=.001$) et 12 mois ($p=.005$). La différence entre le groupe d'intervention et le groupe témoin était de 7 à 10%.	Les patients du groupe d'intervention étaient moins susceptibles d'avoir une dépression probable à 6 mois ($p=.001$) et 12 mois ($p=.005$). La différence entre le groupe d'intervention et le groupe témoin était de 7 à 10%.
Résultat 3	L'utilisation d'un dossier de soins partagés n'a montré aucun effet significatif sur l'état mental du patient du groupe d'intervention en comparaison au patient du groupe de témoin.	Les patients souffrant de dépression majeure se sont améliorés durant la première période de 6 mois (17% relativement aux soins habituels); les patients ayant seulement des symptômes se sont améliorés durant la deuxième période de 6 mois (10% relativement aux soins habituels).	Les patients souffrant de dépression majeure se sont améliorés durant la première période de 6 mois (17% relativement aux soins habituels); les patients ayant seulement des symptômes se sont améliorés durant la deuxième période de 6 mois (10% relativement aux soins habituels).
Résultat 4	Aucune différence significative entre les patients du groupe d'intervention et ceux du groupe témoin au niveau de satisfaction face aux soins.		Résultat de l'analyse post hoc : à 57 mois, le programme QI-psychothérapie ($p=.05$), mais pas le programme QI-médicaments, a réduit le taux de trouble dépressif probable en comparaison avec le groupe témoin. Ce résultat est dû au très grand effet de la thérapie QI chez les sous-groupes latino-américains et afro-américains.

Résultat 5	Aucune différence significative entre les patients du groupe d'intervention et ceux du groupe témoin au niveau de fréquentation aux rendez-vous à la clinique.		Le résultat de l'analyse post hoc : il n'y avait pas de réductions significatives dans les besoins non comblés chez les patients du groupe d'intervention en comparaison avec le groupe témoin à 57 mois.
-------------------	--	--	---

Résultat 6

Auteur	Wells, KB. 2005 (43)	Wilkinson, G. 1993 (10)
Étude	Quality Improvement for Depression in Primary Care: Do Patients with Subthreshold Depression Benefit in the Long Run?	The Role of the Practice Nurse in the Management of Depression in General Practice: Treatment Adherence to Antidepressant Medication.
Population	46 cliniques de soins de santé primaires dans 6 organismes de gestion des soins de santé aux États-Unis. 1356 patients qui ont obtenu un résultat positif au test de dépistage de la dépression CES-D.	61 patients souffrant de dépression dans 3 cliniques de médecine générale urbaines au R.-U.
Concept/objectif de l'étude	Analyse post hoc de l'étude de Well (2000). ECR: 3 branches. Les cliniques assorties étaient randomisées pour le groupe des soins habituels ou 1 des 2 programmes d'intervention. Objectif de l'étude de suivi : examiner les effets de 57 mois d'amélioration de la qualité sur les patients souffrant de dépression infraliminaire vs de trouble dépressif.	ECR. Les patients étaient randomisés pour recevoir des soins standard avec un omnipraticien ou des soins avec une infirmière praticienne sous la supervision d'un omnipraticien. Objectifs de l'étude : examiner l'efficacité de l'ajout d'une infirmière praticienne régulière aux soins standard avec un omnipraticien par rapport à l'adhésion aux antidépresseurs et à la fréquence et la gravité des effets secondaires liés aux médicaments.
Groupe témoin	Soins habituels par le PCP, mais les médecins recevaient par la poste les lignes directrices de la pratique en dépression la Agency for Health Care Research and Quality.	Soins standard avec un omnipraticien.
Intervention 1	Les cliniques étaient d'accord pour engager la moitié des fonds requis pour supporter les interventions. Le reste était payé par l'étude.	8 à 12 heures de formation sur la dépression pour les infirmières praticiennes.
Intervention 2	Formation du médecin : manuels cliniques, conférences mensuelles (80% assistaient à au moins une), formation continue en pharmacothérapie au besoin (48% des cliniciens) et matériel de référence.	Formation du patient et contrôle des médicaments par l'infirmière praticienne sous la supervision d'un omnipraticien les jours 0, 7, 14, 28 et 56.
Intervention 3	Formation de l'infirmière praticienne: atelier d'une journée basé sur un manuel écrit et une vidéo qui formait les infirmières à fournir des évaluations cliniques brèves, de la formation aux patients et de l'activation. Matériel pour la formation des patients.	
Intervention 4	Évaluation et formation du patient par l'infirmière praticienne. On demandait au médecin de soins de santé primaires de considérer les résultats de l'évaluation de l'infirmière lors de la formulation de son plan de traitement : le protocole des médicaments ou le protocole de psychothérapie.	
Intervention 5	Protocole de psychothérapie : les psychothérapeutes locaux étaient formés pour donner une TCC individuelle manuelle et de groupe pour 12 à 16 séances. La TCC était suggérée pour les patients souffrant de dépression mineure.	
Intervention 6	Protocole des médicaments : les infirmières fournissaient des évaluations de suivi et soutenaient l'adhésion par des contacts mensuels pendant 6 à 12 mois (randomisé au niveau du patient).	

Meilleures pratiques pour des soins de santé mentale axés sur la collaboration

Intervention 7	Intervention de suivi : mesure de dépistage pour un trouble dépressif probable répétée à 57 mois.	
Intervention 8	Intervention de suivi : révision des besoins non comblés pour le traitement de la dépression à 57 mois.	
Personnel	Le personnel de recherche effectuait le dépistage, les infirmières praticiennes effectuaient les évaluations et le contrôle du suivi et les psychothérapeutes locaux donnaient une TCC manuelle.	Omnipraticien et infirmière praticienne.
Intensité/durée	Contact mensuel des infirmières pour 6 ou 12 mois. TCC : 12 à 16 séances.	Le groupe d'intervention subissait un contrôle par l'infirmière praticienne pendant 5 visites sur 8 semaines.
Éléments de collaboration	L'infirmière praticienne effectuait des évaluations et fournissait l'information au PCP. Elle suivait ensuite les patients prenant des médicaments et fournissait un soutien continu.	
Résultat 1	Les taux de counseling et/ou de prise de médicaments étaient plus hauts dans le groupe d'intervention à 6 mois ($p < .001$) et 12 mois ($p = .006$). Les interventions augmentaient de 10% la probabilité de soins appropriés à chaque période de suivi.	Il n'y avait pas de différences significatives dans l'adhésion aux médicaments entre les deux groupes.
Résultat 2	Les patients du groupe d'intervention étaient moins susceptibles d'avoir une dépression probable à 6 mois ($p = .001$) et 12 mois ($p = .005$). La différence entre le groupe d'intervention et le groupe témoin était de 7 à 10%.	Il n'y avait pas de différences significatives dans les résultats pour la dépression entre les deux groupes.
Résultat 3	Les patients souffrant de dépression majeure se sont améliorés durant la première période de 6 mois (17% relativement aux soins habituels); les patients ayant seulement des symptômes se sont améliorés durant la deuxième période de 6 mois (10% relativement aux soins habituels).	Il n'y avait pas de différences significatives dans la fréquence ni dans la gravité des effets secondaires entre les deux groupes.
Résultat 4	Résultat du suivi : Les patients du groupe d'intervention souffrant de dépression infraliminaire à la base étaient moins susceptibles d'avoir un trouble probable à 57 mois ($p = 0.02$) en comparaison avec ceux du groupe témoin. Il n'y avait pas de différences entre les pratiques avec intervention et témoins pour les patients souffrant de trouble dépressif.	
Résultat 5	Résultat du suivi : Les patients avec intervention et psychothérapie souffrant de dépression infraliminaire à la base et les patients avec intervention et médicaments étaient moins susceptibles d'avoir des besoins de traitement de la dépression non comblés à 57 mois ($p = .007$), en comparaison avec les patients du groupe témoin.	

TABLEAU II

Niveaux de collaboration

Collaboration élevée. Les exemples incluait : le co-emplacement des services, la consultation avec des rétroactions officielles au prestataire de soins de santé primaires, une relation continue avec des occasions de discussion et de révision de cas, ET l'évaluation, la prise de décision ou la planification du traitement partagées.

Collaboration moyenne. Les exemples incluait : le co-emplacement des services, la consultation avec des rétroactions officielles au prestataire de soins de santé primaires, ET des occasions de discussion et de révision de cas OU des activités cliniques déléguées impliquant des rétroactions informatives concernant le patient au prestataire de soins de santé primaires (p. ex. suivi de l'état clinique, contrôle de l'adhésion aux médicaments).

Collaboration faible. Les exemples incluait : le co-emplacement et la consultation avec des rétroactions officielles au prestataire de soins de santé primaires OU une relation de consultation continue n'impliquant pas un contact en personne, OU des activités cliniques désignées n'impliquant pas de rétroactions au prestataire de soins de santé primaires (p. ex. la formation du patient est déléguée).

Tableau II Niveaux de collaboration

Niveaux de collaboration	Haut	Moyen	Moyen	Faible	Faible	Faible
Co-emplacement des services	XX	X	X	X		
Consultation avec rétroactions officielles au PCP	XX	X	X	X		
Relation continue	XX				X	
Occasions de discussion et de révision de cas	XX	X				
Évaluation, prise de décision ou planification du traitement partagées	XX					
Activités cliniques déléguées impliquant une réaction informative sur le patient au PCP			X			
Activités cliniques désignées n'impliquant pas de rétroactions au PCP						X

LISTE DES ACRONYMES

AV	Administration des vétérans
AVQ	activités de la vie quotidienne
CAMHS	Child and Adolescent Mental Health Service (Centre de traitement de la santé mentale pour enfants et adolescents)
CMH	community mental health (santé mentale communautaire)
CMHN	community mental health nurse (infirmière en santé mentale communautaire)
DCS	depression care specialist (spécialiste en soins de la dépression)
ECR	essai comparatif randomisé
HMO	health maintenance organization (organisation de maintien de la santé)
ICCSM	Initiative canadienne de collaboration en santé mentale
ISRS	inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine
MC	Marilyn Craven
MF	médecin de famille
MHLP	Mental Health Link Programme (Programme de liaison en santé mentale)
MMG	maladie mentale grave
PCP	primary care practitioner (médecin de soins de santé primaires)
QV	qualité de vie
RB	Roger Bland
TCC	thérapie cognitivo-comportementale



SÉRIE DE RECHERCHE

Ce document fait partie d'une série de douze documents

1. Avancement des objectifs des soins de santé mentale axés sur la collaboration
2. Les soins de santé mentale axés sur la collaboration, de quoi s'agit-il ? Une introduction au Cadre de travail en soins de santé mentale axés sur la collaboration
3. Bibliographie annotée des soins de santé mentale axés sur la collaboration
4. Meilleures pratiques pour des soins de santé mentale axés sur la collaboration : Une analyse des données existantes
5. Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires : Un examen des initiatives canadiennes Vol I : Analyse des initiatives
Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires : Un examen des initiatives canadiennes Vol II : Guide des ressources
6. Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires au Canada : Un examen des politiques
7. Soins de santé mentale axés sur la collaboration : Un examen d'initiatives internationales choisies [document de référence interne non publié]
8. Ressources humaines dans le domaine de la santé en soins de santé mentale axés sur la collaboration
9. 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
10. Initiatives de formation interprofessionnelle en soins de santé mentale axés sur la collaboration
11. Vers la prestation de soins de santé mentale axés sur la collaboration aux Autochtones : Rapport de situation [document de référence interne non publié]
12. État actuel des soins de santé mentale axés sur la collaboration

Douze troussees d'outils soutiennent la mise en oeuvre des soins de santé mentale axés sur la collaboration

Pour les prestataires et les planificateurs :

Collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires

Recueils pour les populations particulières :

Populations autochtones; Enfants et adolescents; populations ethno-culturelles; personnes atteintes d'une maladie mentale grave; personnes ayant des problèmes de toxicomanie; populations rurales et isolées; personnes âgées; populations urbaines marginalisées

Pour les usagers, les familles et les aidants naturels :

Travaillant ensemble vers le rétablissement
Vers le rétablissement pour les peuples des Premières Nations

Pour les éducateurs :

Renforcer la collaboration par la formation interprofessionnelle



COMITÉ DIRECTEUR

Joan Montgomery, Phil Upshall
**Alliance canadienne pour la maladie mentale
et la santé mentale**

Terry Krupa, Darene Toal-Sullivan
Association canadienne des ergothérapeutes

Elaine Campbell, Jake Kuiken, Eugenia Repetur Moreno
**Association canadienne des travailleuses
et travailleurs sociaux**

Keith Lowe, Penelope Marrett, Bonnie Pape
Association canadienne pour la santé mentale

Janet Davies
Association des infirmières et infirmiers du Canada

David Gardner, Barry Power
Association des pharmaciens du Canada

Nick Kates [président de l'ICCSM], Francine Knoops
Association des psychiatres du Canada

Linda Dietrich, Marsha Sharp
Diététistes du Canada

Denise Kayto
**Fédération canadienne des infirmières
et infirmiers en santé mentale**

Robert Allen, Barbara Lowe, Annette Osted
Infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés du Canada

Marilyn Craven, Francine Lemire
Le Collège des médecins de famille du Canada

Lorraine J. Breault, Karen Cohen
Société canadienne de psychologie

DIRECTEUR GÉNÉRAL

Scott Dudgeon

Initiative canadienne de collaboration en santé mentale
a/s Le Collège des médecins de famille du Canada
2630 avenue Skymark, Mississauga, Ontario, L4W 5A4
Tél. : (905) 629-0900 Téléc. : (905) 629-0893
Courriel : info@iccsm.ca