



Canadian
Collaborative
Mental Health
Initiative

Initiative
canadienne de
collaboration en
santé mentale

Ressources humaines dans le domaine de la santé en soins de santé mentale axés sur la collaboration

8

Septembre 2005

Auteure

Carmela Bosco, CBR Consulting

Membre du Comité directeur chargé de la revue du document

Barry Power, représentant de l'Association des pharmaciens du Canada

Traduction

Versacom

Secrétariat de l'ICCSM

Maureen Desmarais, Coordonnatrice 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 Pausé, Coordonnatrice de recherche
Enric Ribas, Graphiste
Shelley Robinson, Adjointe administrative

Remerciements

L'auteure tient à remercier Scott Dudgeon et Marie-Anik Gagné pour leurs contributions et conseils durant la préparation du présent rapport.

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

Citation suggérée : Bosco C. Ressources humaines dans le domaine de la santé en soins de santé mentale axés sur la collaboration. Mississauga, Ont. : Initiative canadienne de collaboration en santé mentale; septembre 2005. 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 1-896014-83-6



Canadian
Collaborative
Mental Health
Initiative

Initiative
canadienne de
collaboration en
santé mentale



Ressources humaines dans le domaine de la santé en soins de santé mentale axés sur la collaboration

*Un document de travail sur les obstacles
à surmonter en matière de ressources humaines
qui nuisent à la mise en œuvre des soins de santé
mentale axés sur la collaboration au Canada.*

Préparé par :

Carmela Bosco
Directrice générale, CBR Consulting

Septembre 2005

N O T R E O B J E C T I F

L'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM) vise à améliorer la santé mentale et le bien-être des Canadiens en favorisant un partenariat et une 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 et de promotion de la santé, de traitement et d'intervention et de réadaptation dans un contexte de soins de santé primaires.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	i
APERÇU DE L'ICCSM – ACTIVITÉS ET OBJECTIF	1
CE QUE NOUS SAVONS	3
ENJEUX ENTOURANT LES RESSOURCES HUMAINES DANS LE DOMAINE DES SOINS DE SANTÉ MENTALE	11
APPROCHES ET STRATÉGIES POUR LES SOINS DE SANTÉ MENTALE AXÉS SUR LA COLLABORATION	25
CE QUE NOUS NE SAVONS PAS : LES LACUNES D'INFORMATION	39
CE QUE NOUS POUVONS FAIRE	43
CONCLUSION	49
RÉFÉRENCES	51
ANNEXE A : GLOSSAIRE DES TERMES ET ACRONYMES	63
NOTES	65

SOMMAIRE

La santé mentale et la toxicomanie sont monnaie courante chez les Canadiens. Des ressources doivent être disponibles en vue de combler les besoins des usagers, des familles et des aidants naturels dans tous les établissements de soins de santé. Les soins de santé mentale axés sur la collaboration représentent un mécanisme pouvant contribuer à améliorer la santé mentale et le bien-être des Canadiens en raffermissant les relations et en augmentant la collaboration entre les usagers, les familles, les communautés et les prestataires de soins de santé. Un leadership est essentiel pour s'assurer que des ressources humaines œuvrant dans le domaine de la santé mentale sont disponibles et accessibles en vue d'appuyer les soins de santé mentale axés sur la collaboration.

L'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM) a été créée en vue d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies de soins centrées sur l'utilisateur et axées sur la collaboration permettant d'améliorer la santé mentale et le bien-être des Canadiens en raffermissant les relations et en augmentant la collaboration entre les usagers, les familles, les communautés et les prestataires de soins de santé. L'ICCSM a également pour mandat d'élaborer des stratégies précises qui permettent d'abolir les obstacles empêchant la mise en œuvre d'approches axées sur la collaboration en soins de santé et d'adapter ces approches en vue de répondre aux besoins des Canadiens au chapitre du traitement des maladies mentales et de la toxicomanie.

L'ICCSM reconnaît que divers obstacles nuisent à la collaboration dans la prestation des services de soins liés à la santé mentale et à la toxicomanie. Il faut abolir ces obstacles

qui empêchent de maximiser l'efficacité des ressources humaines œuvrant dans le domaine de la santé mentale pour permettre la mise en place d'approches axées sur la collaboration dans le système de santé du Canada.

Les principaux thèmes qui doivent être abordés à cette fin comprennent notamment :

- La nécessité d'un système cohérent de soins de santé mentale.
- La nécessité de trouver des fonds supplémentaires pour la prestation de soins de santé mentale axés sur la collaboration.
- La mise en œuvre de stratégies à l'intention des effectifs de travailleurs en santé mentale.
- L'importance de définir les cadres d'exercice des prestataires de soins de santé mentale en vue de faciliter la collaboration.
- La nécessité d'appuyer la formation et le perfectionnement interprofessionnels.

Les principaux obstacles nuisant à la collaboration entre les travailleurs de soins de santé mentale comprennent le manque de lois et de politiques exhaustives, l'insuffisance de la rémunération, de même que les cadres d'exercice non définis, les responsabilités professionnelles incertaines, le manque de formation interprofessionnelle et les défis au chapitre des modèles de soutien par des pairs. Ces obstacles sont aggravés par la pénurie de prestataires de soins de santé et le manque de fonds permettant d'appuyer les activités axées sur la collaboration. Une analyse des problèmes liés à ces obstacles entreprise à l'aide d'une

recherche menée par l'ICCSM contient diverses approches et solutions pouvant être utilisées pour surmonter ces obstacles. Il faut cerner les lacunes d'information et faire des recherches plus approfondies pour faciliter la prestation des soins de santé mentale axés sur la collaboration.

Voici quelques-unes des principales recommandations visant la suppression de ces obstacles :

- ∞ L'exécution d'une planification efficace des ressources humaines dans le domaine des soins de santé mentale axés sur la collaboration.
- ∞ L'établissement de priorités pour le remboursement et le financement de soins de santé mentale axés sur la collaboration.
- ∞ L'élaboration d'un cadre de travail législatif exhaustif régissant les soins de santé mentale axés sur la collaboration.
- ∞ L'élaboration d'un cadre de travail politique régissant les soins de santé mentale axés sur la collaboration.
- ∞ La mise en place d'une étude de cas pour le perfectionnement interprofessionnel touchant la santé mentale et la toxicomanie.

Les soins de santé mentale axés sur la collaboration ne représentent pas une utopie. Il est possible de tirer des leçons de l'expérience de divers pays où la collaboration s'est avérée fructueuse. Il reste encore davantage à faire pour assurer le succès des programmes canadiens en soins de santé mentale axés sur la collaboration. L'engagement de tous les gouvernements, organismes de réglementation des soins de santé, professions de la santé, prestataires de soins de santé mentale, usagers, familles et communautés est essentiel pour faire des soins de santé mentale axés sur la collaboration une priorité.

Le présent rapport donne un aperçu des principaux problèmes liés aux soins de santé mentale axés sur la collaboration de même qu'un résumé des approches et des solutions qui ont été examinées ou qui pourraient être utilisées par les intervenants pour surmonter les obstacles. Il précise également les lacunes d'information et contient des recommandations dont le Comité directeur de l'ICCSM pourrait tenir compte dans l'avancement de ses travaux.

APERÇU DE L'ICCSM – ACTIVITÉS ET OBJECTIF

Les troubles mentaux et la toxicomanie se classent respectivement au premier et au deuxième rangs des causes d'invalidité au Canada, aux États-Unis et en Europe de l'Ouest. Les répercussions économiques des maladies mentales au Canada étaient estimées à 14,4 milliards \$ en 1998. Environ trois pour cent des Canadiens souffrent de troubles mentaux¹ sévères et chroniques, selon les estimations. En outre, on signale une pénurie de prestataires de soins de santé mentale². Compte tenu de ces statistiques, la plupart des groupes de soins de santé reconnaissent que les problèmes liés aux ressources humaines dans le domaine de la santé mentale, y compris les pénuries, doivent être réglés pour s'assurer que les besoins de soins de santé des Canadiens atteints de maladie mentale ou de toxicomanie sont comblés³. Il faudrait un leadership pour élaborer un plan stratégique – national et pluriannuel – des ressources humaines en santé mentale qui soit en synergie avec une stratégie nationale globale en matière de ressources humaines⁴.

L'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM) est subventionnée par le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de Santé Canada et a pour mandat de développer et mettre en œuvre des stratégies de soins centrées sur l'utilisateur et axées sur la collaboration qui permettent d'améliorer la santé mentale et le bien-être des Canadiens en raffermissant les relations et en améliorant la collaboration entre les prestataires de soins de santé, les usagers, les familles et les communautés. L'ICCSM a également

pour mandat de mettre au point des stratégies précises permettant d'abolir les obstacles empêchant la mise en œuvre d'approches axées sur la collaboration à l'égard des soins de santé et d'adapter ces approches en vue de combler les besoins des Canadiens en matière de santé mentale et de toxicomanie. L'ICCSM reconnaît que certains obstacles nuisent à la collaboration dans la prestation des services en matière de santé mentale et de toxicomanie. Ces obstacles comprennent l'accès limité aux services de prestataires spécialisés de soins de santé mentale, l'intégration médiocre des services de soins de santé primaires et de santé mentale, le manque de connaissances sur les cadres d'exercice des prestataires de soins et l'absence tant d'une infrastructure de financement que d'une infrastructure de communication.

Les principaux objectifs du présent rapport sont les suivants :

- Améliorer la compréhension des programmes de ressources humaines en soins de santé mentale et des pratiques axées sur la collaboration actuellement en place au Canada.
- Cerner les obstacles et les problèmes nuisant aux soins de santé mentale axés sur la collaboration.
- Cerner les enjeux précis de ressources humaines en soins de santé mentale au sujet de ces obstacles.
- Déterminer les approches adéquates pour surmonter ces obstacles.

S'inspirant d'une recherche menée par l'ICCSM et moi-même, ce rapport présente un aperçu des principaux enjeux liés aux ressources humaines en soins de santé mentale. Il résume également les approches et les solutions qui ont été envisagées ou qui pourraient être utiles aux intervenants pour surmonter ces obstacles. Enfin, le rapport précise les lacunes d'information et propose des recommandations dont le Comité directeur de l'ICCSM pourrait tenir compte dans l'avancement de ses travaux.

CE QUE NOUS SAVONS

Études de l'ICCSM

Thèmes des ressources humaines dans le domaine des soins de santé mentale

Une analyse d'une recherche de l'ICCSM a permis de préciser les problèmes et les solutions liés aux thèmes clés des ressources humaines en soins de santé mentale décrits ci-après.

Thèmes, problèmes et solutions liés aux ressources humaines dans le domaine des soins de santé mentale

tableau 1

Thème	Problème	Solution
Nécessité d'un système cohérent de soins de santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> ↻ L'efficacité des services et du soutien n'est pas constante. 	<ul style="list-style-type: none"> ↻ Remplacer les services en « vase clos » existants par un système complet intégrant la prestation de soins de santé mentale. ↻ Améliorer la coordination entre les prestataires de soins de santé primaires et de soins de santé mentale. ↻ Attribuer les ressources de manière plus efficace et plus rationnelle compte tenu des répercussions sur la prestation des services.
<ul style="list-style-type: none"> ↻ Nécessité de trouver des fonds supplémentaires pour la prestation de soins de santé mentale axés sur la collaboration 	<ul style="list-style-type: none"> ↻ Les services et les traitements dans le domaine de la santé mentale sont sous-financés par rapport à leur prévalence et au fardeau économique des maladies. ↻ Le financement des soins de santé mentale est assuré strictement par le biais des hôpitaux et des médecins aux termes de la <i>Loi canadienne sur la santé</i>⁵. ↻ La structure de rémunération actuelle des médecins au Canada (principalement d'après la formule de rémunération à l'acte) n'incite que très peu, voire aucunement, les médecins à collaborer, et ne facilite aucunement l'intégration des soins prodigués par eux à ceux d'autres prestataires de soins de santé mentale⁶. 	<ul style="list-style-type: none"> ↻ Assurer le financement par le biais de projets-pilotes à court terme.

Thème	Problème	Solution
Mise en œuvre de stratégies à l'intention des effectifs de travailleurs en santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> ↻ La pénurie et la mauvaise distribution des prestataires de soins de santé mentale sont bien documentées alors que les régions urbaines sont généralement mieux desservies que les régions rurales et les régions éloignées⁷. Par exemple, les psychiatres au Canada ne sont pas assez nombreux tout comme les infirmières œuvrant dans le secteur de la santé mentale, les travailleurs sociaux et les ergothérapeutes. ↻ Les défis touchant le recrutement et la rétention de prestataires de soins de santé mentale et de soins de santé primaires sont considérables⁸. ↻ Il existe une pénurie de plans de ressources humaines en soins de santé mentale dans l'ensemble du système. ↻ Les prestataires de soins de santé déjà surchargés n'ont pas le temps d'apprendre à travailler autrement⁹. 	<ul style="list-style-type: none"> ↻ Augmenter l'effectif de soins de santé mentale. ↻ Faire des liens entre la gestion de l'approvisionnement et les besoins des Canadiens en matière de traitements pour la santé mentale et la toxicomanie. ↻ Améliorer les conditions de travail, notamment réduire les charges de travail, permettre les horaires flexibles et accroître les avantages¹⁰. ↻ Créer des mécanismes facilitant la collaboration¹¹.
Définition des cadres d'exercice des prestataires de soins de santé mentale en vue de faciliter la collaboration	<ul style="list-style-type: none"> ↻ Les services de santé mentale doivent être de qualité acceptable pour tous les intervenants¹². Certains groupes de prestataires de soins de santé mentale, comme l'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux, ont élaboré des cadres d'exercice nationaux pour les travailleurs sociaux et des normes visant l'interaction avec d'autres professions¹³. ↻ Un consensus est nécessaire quant aux compétences exigées des prestataires de services¹⁴. ↻ Les prestataires de soins sont souvent incertains quant à leur rôle; ils manquent de connaissances sur la formation, les compétences et les limites des autres prestataires^{15, 16, 17, 18, 19, 20} et ils ont parfois des connaissances limitées sur les ressources et les services sociaux offerts au niveau communautaire²¹. ↻ Il existe un manque de clarté au sujet de la responsabilité professionnelle et de l'imputabilité au sein des pratiques en équipe²². 	<ul style="list-style-type: none"> ↻ Régler et définir les cadres d'exercice des prestataires de soins de santé mentale pour faciliter la collaboration. ↻ Harmoniser les lois et les règlements pertinents dans toutes les administrations²³. ↻ Élaborer de nouveaux modèles d'assurance-responsabilité professionnelle, y compris une réforme de la loi de la responsabilité délictuelle²⁴.
Nécessité d'appuyer la formation et le perfectionnement interprofessionnels	<ul style="list-style-type: none"> ↻ Les prestataires de soins de santé connaissent mal les problèmes liés aux soins de santé mentale. ↻ La formation en matière de santé mentale axée sur la collaboration est très limitée dans les programmes universitaires et collégiaux existants de même que dans les programmes de formation permanente offerts par des associations professionnelles²⁵. 	<ul style="list-style-type: none"> ↻ Éduquer et former les prestataires de soins de santé sur les avantages des soins de santé mentale axés sur la collaboration²⁶. ↻ Normaliser l'évaluation des titres de compétences et établir des programmes de transition²⁷. ↻ Intégrer des programmes et des possibilités de formation adéquats du point de vue culturel²⁸.

Études de l'ICCSM

L'ICCSM a commandé deux études qui lui ont permis de mieux comprendre les principaux problèmes qui touchent les ressources humaines en soins de santé mentale. Il s'agit d'une part d'un sondage mené par le « *Centre for Collaborative Health Professional Education* » et d'autre part d'un sondage sur les facteurs influant sur les ressources humaines.

i) *Centre for Collaborative Health Professional Education Survey*

Le sondage réalisé par le CCHPE révèle que la majorité des répondants appuient l'élaboration d'un programme mettant l'accent sur les soins de santé mentale axés sur la collaboration. Toutefois, la plupart d'entre eux n'offrent pas actuellement des cours formels conduisant à un permis d'exercice, des cours formels après obtention d'un

permis d'exercice ni des cours de formation interprofessionnelle, des ateliers ou encore des modules portant sur les soins de santé mentale axés sur la collaboration²⁹.

ii) *Sondage sur les facteurs influant sur les ressources humaines*

Un sondage préliminaire sur les ressources humaines a été distribué en septembre 2004 aux prestataires de soins de santé mentale qui sont membres des organismes faisant partie de l'ICCSM. Le sondage a été conçu de manière à obtenir des renseignements sur les enjeux entourant les plus grands thèmes liés aux ressources humaines. Les résultats ont permis de brosser un tableau des obstacles auxquels font face les répondants dans le cadre d'exercice de leurs activités au chapitre de la mise en œuvre des soins axés sur la collaboration. Les résultats des sondages sont résumés dans le tableau 2.

tableau 2

Résultats des études de l'ICCSM

Thème	Principales constatations
Rémunération : à l'acte	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Aucun mécanisme de rémunération à l'acte n'est en vigueur pour les prestataires de soins de santé mentale autres que les médecins dans le système public de santé, mais les prestataires peuvent facturer les patients par le biais d'assurances privées. ↪ Les politiques et les processus de rémunération varient en fonction des cadres d'exercice et selon qu'il s'agit d'un système public ou privé (p. ex. employeur et assureur). ↪ De nombreux services offerts par des prestataires de soins de santé mentale sont soit non rémunérés ou alors ne sont couverts que par des frais minimes (p. ex. rédaction des rapports des patients) à moins que les patients ne soient facturés directement.
Rémunération : salaire	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Les programmes de rémunération à l'intention des salariés ne sont pas complets et ne tiennent pas compte du milieu de travail des prestataires de soins de santé mentale. ↪ Les salaires varient grandement d'une région à l'autre au Canada (p. ex. en Nouvelle-Écosse, les psychologues salariés reçoivent 30 % de plus que leurs collègues de l'Ontario).

Thème	Principales constatations
Conditions de travail	<ul style="list-style-type: none"> ↻ Les postes des travailleurs de soins de santé mentale responsables de la prise en charge des patients ne décrivent pas clairement les responsabilités et les normes de prestation des services. ↻ Le temps consacré à la consultation, à la préparation, aux interactions avec les autres professionnels et les patients, au suivi ou à la participation à des équipes de soins axés sur la collaboration et à des tournées de patients est insuffisant. ↻ L'accès à des outils facilitant l'interaction avec d'autres prestataires de soins de santé pour les consultations avec le client est limité et dans certains cas inexistant (p. ex. vidéoconférences). ↻ On s'inquiète de la continuité des soins et de la sécurité des patients lorsque des clients sont transférés à d'autres établissements de soins (p. ex. d'un hôpital à une clinique externe). ↻ La définition d'une équipe de soins de santé mentale dans un établissement de soins de santé n'est pas claire (p. ex. quelles disciplines peuvent assurer la continuité des soins de santé pour les clients atteints de problèmes mentaux dans un établissement de soins donné).
Réglementation	<ul style="list-style-type: none"> ↻ On ne définit pas clairement quels prestataires de soins de santé autres que des médecins (p. ex. infirmières) pourraient poser des diagnostics et rédiger des ordonnances dans les cas de maladie mentale. ↻ La gestion des dossiers des patients (par ex. la tenue des registres) doit faire l'objet d'une réglementation. ↻ La loi touchant la confidentialité présente un obstacle pour les travailleurs de soins de santé mentale lorsqu'il s'agit d'avoir accès aux renseignements des patients ou de les communiquer à d'autres prestataires de soins, à des usagers, aux membres de la famille et aux aidants naturels.
Responsabilité professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> ↻ Les cadres d'exercice et les compétences dans un milieu de soins axés sur la collaboration sont imprécis. ↻ Il y a un manque de clarté quant à la responsabilité professionnelle des prestataires de soins de santé mentale.
Outils de soutien facilitant les soins de santé mentale axés sur la collaboration	<ul style="list-style-type: none"> ↻ La mise en place d'équipes de gestion des dossiers devrait être une priorité pour faciliter une véritable collaboration dans la prestation des soins de santé mentale. ↻ Des fonds précis sont disponibles, mais ils sont souvent limités et ne comportent aucun engagement à long terme.

Sommaire des enjeux liés aux ressources humaines dans le domaine de la santé mentale

Un examen de la documentation faite par l'ICCSM et Santé Canada³⁰ décrit la situation actuelle et les tendances qui se manifestent dans tout le Canada de même que dans d'autres pays.

Tendances au Canada

Les observations et les tendances clés entourant les ressources humaines en santé mentale incluent ce qui suit :

- i) *Une réforme du système de santé est indispensable.*
 - ↪ La prestation de soins de santé mentale fait l'objet de changements majeurs dans tout le pays en raison de l'accroissement des coûts des soins de santé et des pressions en vue de remodeler les services de santé subventionnés par l'État pour en assurer la viabilité³¹.
 - ↪ Un renouvellement des soins de santé primaires a lieu dans toutes les administrations, et différents modèles de soins s'appuyant sur les équipes sont mis en place pour mieux combler les besoins de la population en matière de services de santé.
 - ↪ Les modifications du milieu de travail des professionnels de la santé ne favorisent pas toujours de bons résultats pour les patients. Ainsi, la pénurie d'infirmières accréditées, le fort taux d'absentéisme, les heures supplémentaires onéreuses et les piètres

décisions touchant la dotation en personnel mettent en danger la sécurité des patients³².

- ii) *Le manque de personnel de soins de santé mentale et les lourdes charges de travail doivent être gérés.*
 - ↪ Les charges de travail demeurent préoccupantes partout au pays, mais principalement dans les régions nordiques et rurales, qui font face au plus fort taux de rotation. Les stratégies de recrutement et de rétention avaient pour mandat d'attirer des spécialistes, des médecins de famille et des infirmières provenant de l'étranger pour travailler dans certaines régions mal desservies^{33,34}.
- iii) *Les cadres d'exercice doivent être élargis.*
 - ↪ Les membres des professions de la santé réglementées s'inquiètent du fait que des fonctions propres à leur profession seront remplies par des travailleurs aux compétences génériques ou multispécialisés, ce qui se traduira par une perte d'imputabilité des prestataires.
 - ↪ Le recours à des prestataires de soins de santé paraprofessionnels (autrement dit des adjoints) est en hausse³⁵.
 - ↪ Il existe une certaine ambiguïté ou un conflit entre les rôles et les responsabilités, y compris le leadership, l'autorité et l'imputabilité.

iv) *La rémunération des prestataires de soins de santé mentale n'est pas uniforme.*

↪ Les différences de rémunération s'observent principalement chez les prestataires qui passent d'un milieu de soins institutionnels à un milieu communautaire ou vice-versa.

v) *Une planification des ressources humaines dans le domaine de la santé mentale est nécessaire.*

↪ Un dédoublement des efforts et des ressources se produit dans tout le pays, alors que chaque province élabore son propre plan « en vase clos » sans tenir compte des stratégies liées aux ressources humaines en santé mentale.

↪ Il y a souvent un fossé entre la réforme des soins de santé mentale et d'autres questions sociales s'y rapportant (p. ex. le logement, l'éducation, la justice).

↪ Les gouvernements fédéraux, provinciaux et territoriaux prennent des mesures progressives visant la planification et la gestion des ressources humaines dans le domaine des soins de santé.

↪ Des fonds ne sont pas toujours disponibles pour la mise en œuvre de politiques de soins de santé et ce n'est pas toujours une priorité pour les gouvernements.

vi) *Il y a des lacunes dans les services.*

↪ Les prestataires de soins de santé mentale combent de plus en plus de lacunes dans les services dispensés

dans les collectivités canadiennes.

Les travailleurs sociaux de certaines administrations, par exemple, font de plus en plus d'évaluations et posent de plus en plus de diagnostics, mais certains groupes de prestataires de soins de santé sont d'avis qu'ils n'ont pas la formation adéquate pour le faire.

vii) *Des progrès dans le domaine de la formation interprofessionnel sont exigés au niveau provincial et territorial.*

↪ Certaines provinces et administrations ont mis en œuvre des initiatives et des programmes visant à encourager la formation interdisciplinaire, mais ceux-ci sont offerts dans le cadre de projets-pilotes bénéficiant d'un soutien minime de la part des décideurs.

viii) *Des données sur les ressources humaines dans le domaine de la santé mentale sont nécessaires*

↪ Des données sont nécessaires pour favoriser la compréhension des caractéristiques démographiques des prestataires de soins de santé mentale et de leur cadre d'exercice. Les données existantes sont plus complètes pour les médecins et les infirmières que pour les autres prestataires de soins de santé mentale^{36, 37, 38}.

Tendances internationales

Une étude internationale sur la planification de l'effectif des soins de santé a été menée par Ann Mable et John Marriott³⁹ pour le compte de Santé Canada. Ils ont examiné les tendances

et les enjeux caractérisant la planification des ressources humaines en soins de santé au Canada et à l'échelle internationale. Ils ont constaté que même si l'on fait plus souvent allusion aux approches en équipe et que l'on utilise de plus en plus ces dernières dans la planification et le déploiement des ressources humaines en soins de santé, la plupart des pays continuent d'utiliser des approches et des modèles traditionnels. La planification de l'effectif des médecins continue de dominer ces modèles.

Des pays comme l'Australie, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni et les États-Unis font face à des pénuries de professionnels en santé mentale. Le recrutement et la rétention sont ciblés et des programmes ont été mis en œuvre en vue de combler une partie de la pénurie dans certains pays. Bien que ces programmes aient connu un certain succès, leur évaluation n'est pas complète et il n'est donc pas possible de déterminer s'ils ont permis de surmonter les obstacles nuisant à l'utilisation efficace à long terme des ressources humaines dans le domaine des soins de santé mentale⁴⁰.

Un examen des tendances internationales révèle que l'Allemagne et les Pays-Bas continuent de mettre l'accent sur la planification de la force de travail des médecins, tandis que la Nouvelle-Zélande, les États-Unis et le Royaume-Uni ont commencé à étudier la force de travail dans son ensemble et à en faire une planification intégrée. On reconnaît que l'Australie fait exception parce qu'elle a adopté des méthodes et des processus de planification de la force de travail de nature multimodale⁴¹.

Les États-Unis ont recours aux travailleurs de soins de santé non spécialisés pour offrir

des services de soins de santé mentale dans les régions rurales en adoptant une approche d'équipes de partage des tâches dans les soins de santé mentale axés sur la collaboration. Le Royaume-Uni s'oriente vers une planification intégrée de l'ensemble des ressources humaines en soins de santé et sa démarche souligne son engagement envers le déploiement d'équipes multidisciplinaires. Ce pays se concentre sur des initiatives de planification de l'effectif⁴² et sur la mise en place d'un cadre de travail des ressources humaines en soins de santé mentale, y compris un plan de mise en œuvre de la politique en matière de santé mentale^{43, 44, 45}.

ENJEUX ENTOURANT LES RESSOURCES HUMAINES DANS LE DOMAINE DES SOINS DE SANTÉ MENTALE

Divers obstacles empêchent les Canadiens d'obtenir les soins de santé mentale dont ils ont besoin. En effet, il est difficile d'avoir accès aux services de prestataires spécialisés de soins de santé mentale et il faut attendre longtemps entre la recommandation à un prestataire de soins de santé mentale et le début du traitement ou de l'intervention.

Les systèmes de soins de santé mentale et de traitement de la toxicomanie au Canada ne sont pas vraiment des systèmes, mais plutôt un éventail complexe de services assurés par les autorités fédérales, provinciales, territoriales ou municipales et des prestataires privés. Cet éventail comporte des services de soins de courte durée dans les hôpitaux, des services spécialisés réservés à des troubles précis ou à une population précise, des cliniques communautaires externes, des services communautaires offrant un soutien psychosocial et des services de counselling privé. Les services sont souvent offerts en vase clos sans lien avec le système général de soins de santé. Cette situation a des répercussions négatives sur les soins de santé mentale axés sur la collaboration. Les services de soins de santé primaires sont souvent mal intégrés à ceux des prestataires spécialisés de services de soins de santé mentale, des collectivités et des travailleurs sociaux.

Les principaux obstacles empêchant la collaboration entre les ressources humaines en santé mentale comprennent le manque de lois et de politiques exhaustives, la rémunération insuffisante, les cadres d'exercice et les responsabilités professionnelles mal définis, l'absence de formation interprofessionnelle et les défis au chapitre des modèles de soutien par des pairs. Ces obstacles sont aggravés par

la pénurie de prestataires de soins de santé et le manque de mécanismes de financement appuyant les activités axées sur la collaboration. Les obstacles systémiques actuels nuisant au développement de soins de santé mentale axés sur la collaboration sont analysés en détail dans les prochaines sections.

Législation et politiques

Le tableau 3 décrit les enjeux législatifs, réglementaires et politiques définis^{46, 47, 48, 49} comme une source de préoccupation pour les ressources humaines en soins de santé mentale.

tableau 3

Enjeux législatifs, réglementaires et politiques

Enjeux législatifs

- ↻ Les règlements pertinents comprennent les lois régissant l'autoréglementation des professionnels et les lois relatives à l'emploi, au système de santé et aux fautes professionnelles.
- ↻ Les cadres d'exercice sont généralement considérés comme des obstacles, car ils sont trop rigides.
- ↻ La mise en contexte de la réglementation est importante, y compris la compréhension de l'incidence des règles et des processus en milieu de travail et de l'effet de l'établissement de frontières entre les lieux de travail.
- ↻ La loi sur la confidentialité impose des restrictions dans l'échange de renseignements sur les patients, mais l'échange de renseignements est souvent nécessaire pour assurer la collaboration interdisciplinaire.
- ↻ La culture juridique exige des changements. Actuellement, lorsque les choses tournent mal, on cherche plutôt à trouver un coupable qu'à examiner la répartition des responsabilités au sein d'une équipe.
- ↻ L'approfondissement et la modification de la loi actuelle demeurent un processus lent, bien qu'utile, qui se traduira par un changement durable à long terme.

Enjeux réglementaires

- ↻ *Cadres d'exercice* : Il y a des divergences entre les administrations dans la définition des cadres d'exercice. Il faut faire preuve de souplesse pour définir les cadres d'exercice afin de favoriser l'innovation et la collaboration dans les soins de santé primaires.
- ↻ *Normes de pratique* : Pour assurer l'homogénéité des normes de pratique et des compétences dans toutes les administrations et entre les professions, il faudra une meilleure collaboration.
- ↻ *Confidentialité et accès à l'information* : La collaboration interdisciplinaire exige une communication ouverte et efficace pour promouvoir la qualité des soins aux patients et réduire le dédoublement des renseignements sur les clients et des évaluations. Les inquiétudes des clients au sujet de la confidentialité et de l'accès aux renseignements sur la santé doivent être prises en compte et calmées.
- ↻ *Cadres de travail réglementaires pour la collaboration interdisciplinaire* : Des cadres de travail s'imposent dans chaque province et administration et il faut accorder une attention particulière à la répartition des responsabilités entre les gouvernements provinciaux ou territoriaux et les organismes de réglementation professionnels. Le système actuel peut se décrire comme suit :
 - Cadres d'exercice vastes, rigides, conflictuels et non uniformes
 - Multiplicité des organismes de réglementation
 - Esprit de clocher lié à la réglementation
 - Fragmentation réglementaire
 - Lacunes fédérales-provinciales et inter-provinciales
 - Infrastructure juridique rigide.

Enjeux politiques

- ↻ Le manque de coordination entre les réformes de soins de santé primaires et de soins de santé mentale se traduit par un système de soins de santé fragmenté présentant des lacunes et des chevauchements au chapitre de la prestation des soins.
- ↻ Les politiques et les financements en matière de ressources humaines en soins de santé n'ont pas permis d'obtenir le nombre adéquat de professionnels requis pour gérer la demande croissante de soins, ni de récompenser les systèmes qui assurent un accès raisonnable à une gamme complète de services permettant de répondre à la demande.
- ↻ De nombreuses structures de rémunération n'appuient pas l'interaction axée sur la collaboration entre les prestataires de soins. Les modalités de paiement s'appuient sur des services offerts par des particuliers.

Le cadre de travail législatif et réglementaire actuel du Canada manque d'uniformité. Chaque organisme de réglementation provincial et territorial a ses propres règlements et lois qui définissent les cadres d'exercice des professions de la santé de même que les normes de formation, d'éthique et de compétences et les systèmes d'imputabilité.

Les politiques, programmes et lois en matière de santé mentale sont à la fois la responsabilité des gouvernements provinciaux et territoriaux et du gouvernement fédéral, tandis que le financement et la prestation des services de soins de santé mentale et de soutien incombent principalement aux gouvernements provinciaux et territoriaux. Il y a peu d'uniformité entre les provinces et les territoires en matière de services de santé mentale et de lois connexes. Actuellement, chaque province et territoire a sa propre loi sur la santé mentale (à l'exception du Nunavut où la loi des Territoires du Nord-Ouest s'applique). Toutefois, toutes les lois provinciales et territoriales sur la santé mentale définissent les critères d'institutionnalisation involontaire dans des hôpitaux psychiatriques, les autorisations et les refus de traitement, les départs conditionnels et les procédures de révision et d'appel⁵⁰.

On procède actuellement à un examen réglementaire et législatif des cadres d'exercice (notamment pour les infirmières du Québec, de l'Alberta et de l'Ontario).

La réglementation peut être un obstacle nuisant aux soins axés sur la collaboration selon certains experts. Il ne fait aucun doute que seuls des prestataires compétents peuvent donner des soins complexes, mais il faut tout de même reconnaître que la grave pénurie de ressources humaines dans le domaine des soins de santé nuit aux résultats pour les

patients⁵¹. L'amélioration des résultats devrait être la priorité absolue des organismes de réglementation qui courent plutôt le risque de mettre en place une réglementation favorisant le maintien de l'esprit de clocher.

Bien que les modifications législatives et réglementaires exigent souvent beaucoup de temps, elles sont néanmoins essentielles. Les enjeux réglementaires peuvent poser des défis, mais ils sont essentiellement gérables et ne représentent pas un conflit de valeurs⁵².

D'un point de vue systémique, nous savons tous que les pratiques professionnelles courantes vont à l'encontre de l'intégration des services de santé, favorisant plutôt des pratiques professionnelles « en vase clos » et imposant des contraintes énormes pour le développement du travail interdisciplinaire.

Au **niveau gouvernemental**, les réformes législatives et réglementaires doivent suivre le rythme des changements et les tendances des pratiques, ce qui jusqu'à présent a été très peu le cas. Les obstacles au **niveau organisationnel** résultent principalement du manque de réceptivité et du refus des groupes de soins de santé de changer ou de travailler en collaboration même si, selon le rapport Clair⁵³, les groupes professionnels ont reconnu l'urgence d'une refonte du système de santé et ont offert leur coopération dans ce sens.

Au **sein des institutions**, le soutien et le financement de la collaboration entre les professions de la santé sont relativement minimes, compte tenu des frais d'exploitation et d'administration différentiels inhérents. Les responsables des politiques doivent donner aux organisations et aux autorités locales et régionales l'autonomie nécessaire pour surmonter les obstacles nuisant à la systématisation de pratiques de soins de santé

mentale axées sur la collaboration. L'autonomie pourrait prendre la forme d'un accroissement des budgets, d'une décentralisation des services, d'une gestion accrue des ressources humaines, du perfectionnement des compétences, etc.

En vue d'assurer la collaboration dans la prestation des soins de santé mentale au **niveau individuel**, la mentalité bien ancrée sur la manière dont les professionnels de la santé peuvent travailler ensemble doit changer, compte tenu des attitudes enracinées quant aux cadres d'exercice et de la résistance au changement.

Rémunération

Au Canada, la rémunération à l'acte par les ministères provinciaux et territoriaux représente la forme prédominante de paiement des services dispensés par des médecins. Certaines administrations permettent à d'autres prestataires approuvés de facturer directement leurs services aux ministères. Ces modalités de facturation par des professionnels autres que des médecins changent toutefois puisque les provinces radient des services qui ne sont plus jugés nécessaires du point de vue médical⁵⁴.

La concurrence financière, surtout dans le cadre de la rémunération à l'acte, dans la plupart des provinces, et les préoccupations face à la sécurité d'emploi sont considérées comme des obstacles à la collaboration entre professionnels de la santé⁵⁵. Bien que les médecins soient surtout rémunérés à l'acte, les autres professionnels reçoivent habituellement un salaire.

Le règlement des problèmes de financement est essentiel pour favoriser et appuyer la

collaboration interprofessionnelle. Les inquiétudes relatives au remboursement et au financement à l'échelle provinciale et territoriale concernent entre autres :

- Les méthodes de paiement des prestataires de soins de santé mentale doivent changer.
- Des modifications doivent être apportées à la dotation en personnel pour tenir compte des tâches administratives (par ex. remplir les formulaires).
- Les incitatifs non monétaires devraient comprendre la formation et l'éducation permanentes.
- Certains professionnels de la santé mentale ne disposent pas d'un financement suffisant et il existe des écarts de rémunération entre les professions.
- Le manque de financement appuyant la participation des usagers, des familles et des aidants naturels est préoccupant.
- Le financement destiné aux projets axés sur la collaboration est limité et il provient souvent de diverses sources⁵⁶.
- Le manque de financement pour assurer la formation des étudiants et les affecter à un cadre clinique axé sur la collaboration est préoccupant sur le plan de la pénurie du personnel.
- Les modèles de financement n'appuient pas toujours la planification à long terme.
- L'argent joue un rôle considérable pour le recrutement et la rétention d'employés

dans les régions éloignées et isolées, tout comme les préférences en matière de style de vie, les commodités, les années d'études, les programmes de perfectionnement professionnel et les occasions d'avancement professionnel⁵⁷. Les incitatifs comprennent la rémunération du temps de déplacement, le remboursement des frais de déplacement connexes et le soutien par le personnel administratif.

Il n'y a actuellement aucun mécanisme en place pour régler les services dispensés par des prestataires non-médecins faisant partie de l'équipe, y compris les infirmières, les diététiciennes, les travailleurs sociaux et les conseillers⁵⁸.

La documentation donne à penser que la compétition financière entre les professionnels de la santé peut nuire à la collaboration entre les médecins et, par conséquent, à l'amélioration des soins aux patients⁵⁹. Pringle et autres ont déclaré que la rémunération actuelle des médecins au Canada ne favorise pas la mise en place d'une pratique interprofessionnelle de soins primaires axée sur la collaboration⁶⁰. Way et autres soutiennent que des changements sont nécessaires pour trouver des mécanismes novateurs de remboursement des professionnels de la santé comme les infirmières et les médecins de famille.^{61,62} Même dans les administrations où les politiques gouvernementales sont vraiment conciliantes, le financement se heurte à des obstacles de taille.⁶³

Cadres d'exercice

Lahey et Currie ont exploré les enjeux législatifs entourant la promotion des pratiques interprofessionnelles^{64, 65}. Leurs recherches ont permis d'identifier les obstacles à une meilleure intégration du système de soins de santé et plus précisément à des pratiques interprofessionnelles, et d'analyser l'incidence que pourraient avoir les soins axés sur la collaboration sur les processus en place dans le milieu de travail des prestataires de soins de santé mentale. Parmi les principaux obstacles nuisant à la collaboration, les auteurs mentionnent la rigueur législative, la disparité systémique dans les cadres de travail réglementaires et le manque de reconnaissance dans les structures de lois et d'assurances contre les fautes professionnelles, dans les milieux de travail axés sur la collaboration.

La réforme de la législation portant sur les cadres d'exercice représente un véritable défi. L'élargissement des cadres d'exercice en vue de mieux utiliser les compétences des prestataires de soins dans le système de santé est essentiel, mais celui-ci se traduira par des changements dans la manière dont les gens ont travaillé durant toute leur carrière ainsi que du rôle que le public s'attend à les voir jouer⁶⁶. M. Romanow a déclaré qu'en dépit des nombreuses discussions sur la collaboration interprofessionnelle, les professions ont en réalité tendance à protéger leurs cadres d'exercice⁶⁷.

Bien que des révisions législatives portant sur des réformes des cadres d'exercice ont été faites^{68, 69, 70, 71, 72, 73}, un cadre réglementaire à l'échelle nationale n'a pas été élaboré en vue

d'offrir un processus permettant de définir les cadres d'exercice des prestataires de soins de santé mentale au Canada. Un tel cadre pourrait favoriser les possibilités en matière de soins de santé mentale axés sur la collaboration et le règlement des problèmes entourant les ressources humaines en soins de santé mentale⁷⁴. Chaque administration étudie ou en a mis en œuvre des mesures législatives visant à étendre le cadre d'exercice des infirmières et des pharmaciens^{75, 76}, mais cette démarche n'a eu aucune incidence sur les professionnels de la santé alliés, comme les autres prestataires de soins de santé mentale.

Le système de soins de santé peut compter sur l'autoréglementation professionnelle seulement dans certaines limites. Selon Lahey et Currie, ...le fait que l'on ait moins recours à l'autoréglementation dans des cadres autres que les soins de santé reflète une préoccupation qui est liée à ce type de réglementation, c'est-à-dire le risque élevé de mésinterprétation de la réglementation, soit l'utilisation du pouvoir de la réglementation au profit de la profession plutôt que du public... Cette situation crée un obstacle potentiel à la pratique interprofessionnelle⁷⁷. Dans leur document, Deber et Baumann précisent qu'il faut mettre en place un cadre d'exercice pour chaque profession. C'est particulièrement important, car il existe des incompatibilités dans la définition des cadres d'exercice dans diverses administrations. Les cadres d'exercice doivent permettre de démarquer les compétences qui se chevauchent ou sont partagées et celles qui sont propres à une profession⁷⁸.

Le recours à des prestataires de soins autres que les médecins soulève la question de la

réglementation des cadres d'exercice et, dans la plupart des administrations du Canada, la question demeure en suspens. La définition des cadres d'exercice revient aux ministères de la santé des divers territoires et provinces de même qu'à leurs organismes respectifs de réglementation des soins de santé.

La documentation donne à penser que le manque de compréhension des limites et des paramètres des cadres d'exercice parmi de nombreuses professions de la santé est l'une des principales raisons pour lesquelles les professionnels de la santé ne travaillent pas à la pleine mesure de leur formation.

Responsabilité professionnelle

Les enjeux relatifs à la responsabilité professionnelle découlent du fait que les normes de pratique sont appliquées en vertu de la loi. Les professionnels qui ne respectent pas les normes établies ou le cadre de leurs fonctions s'exposent à des sanctions, non seulement au niveau des tribunaux mais également dans le cadre du processus de plaintes et de sanctions disciplinaires de leur organisme de réglementation professionnel. De plus, les organisations de prestataires sont souvent responsables des pratiques des professionnels travaillant chez eux. Dans les hôpitaux par exemple, une tradition juridique veut que les responsabilités (et la responsabilité professionnelle) soient réparties entre les professionnels et les hôpitaux qui ont recours à leurs services⁷⁹.

À cause de ses préoccupations à l'égard des fautes professionnelles et d'autres questions de responsabilité professionnelle, un prestataire

de soins de santé peut avoir des réticences à faire participer les usagers, les familles et les aidants naturels au processus axé sur la collaboration. Les pratiques actuelles en matière de responsabilité professionnelle peuvent carrément décourager la collaboration entre les prestataires de soins de santé. Les principaux

aspects de la législation relative aux fautes professionnelles et les principales questions de responsabilité professionnelle concernant les soins de santé mentale interprofessionnels axés sur la collaboration sont résumés au tableau 4^{80, 81}.

tableau 4

Législation relative aux fautes professionnelles et questions de responsabilité professionnelle

Législation relative aux fautes professionnelles	Questions de responsabilité professionnelle
<ul style="list-style-type: none"> ⌘ Met l'accent sur l'imputabilité individuelle. ⌘ A nui à la capacité de s'adapter à la pratique axée sur la collaboration. ⌘ Peut créer un risque quant à la responsabilité professionnelle, surtout durant la transition vers la pratique axée sur la collaboration. 	<ul style="list-style-type: none"> ⌘ Les questions de responsabilité professionnelle touchant les non-médecins et les institutions manquent de clarté. ⌘ Il n'existe aucun mécanisme de contrôle de l'imputabilité. ⌘ Les normes de soins pourraient être « transférées ». ⌘ La définition des rôles et des responsabilités et la documentation sont de plus en plus importantes. ⌘ La réaffectation des responsabilités et les normes de soins manquent de clarté. ⌘ Il y a des risques d'insistance judiciaire quant à l'imputabilité individuelle. ⌘ Le filet de protection contre la responsabilité pourrait être élargi. ⌘ Les prestataires de soins de santé qui s'engagent dans les premières étapes du processus de soins pourraient être exposés à des questions de responsabilité professionnelle. ⌘ La culture axée sur le blâme doit devenir une culture prônant la sécurité des patients et la gestion des risques. ⌘ Il faut clarifier pour les prestataires les problèmes potentiels liés à la responsabilité professionnelle dans un cadre de travail interprofessionnel. ⌘ Une réforme législative s'impose.

Actuellement, les professionnels de la santé ne sont pas tous tenus de souscrire une assurance contre les fautes professionnelles. Cette exigence touchant les assurances individuelles contre les fautes professionnelles varie selon le type de pratique et de professionnel de la santé. Dans les hôpitaux, les employés offrant des soins de santé (comme les infirmières et les techniciens en laboratoire) bénéficient d'une assurance contre les fautes professionnelles dans le cadre de leurs avantages sociaux ou ils sont couverts par l'assurance-responsabilité professionnelle de leur employeur. Dans les établissements de soins de santé privés, comme les pharmacies et les laboratoires commerciaux, l'entreprise ou l'employeur règle la prime d'assurance responsabilité⁸².

Les professionnels engagés dans des soins de santé mentale axés sur la collaboration connaissent mal leurs responsabilités. La nature de l'emploi professionnel représente un facteur déterminant. S'il s'agit de travailleurs autonomes rémunérés à l'acte, ils doivent vérifier si leur assurance-responsabilité est adéquate.

La responsabilité juridique inhérente aux relations de travail entre professionnels de la santé n'est pas claire pour ce qui est du cadre d'exercice et des responsabilités⁸³. La principale préoccupation découle du fait que les professionnels de la santé ne souscrivent pas tous une assurance-responsabilité, ce qui a des répercussions quant à l'appartenance à une équipe de soins de santé. Pour les professionnels sans assurance-responsabilité, une question se pose : quels membres de l'équipe de soins de santé sont ultimement responsables des résultats négatifs pour les patients?

La collaboration interprofessionnelle élargira l'étendue des responsabilités entre les membres d'équipes. Le cas DeJong contre Owen Sound General représente la première tentative importante de la part d'un tribunal canadien de régler la question de la responsabilité dans le cadre d'une collaboration interprofessionnelle. Dans ce cas, un patient avait été admis dans l'aile psychiatrique d'un hôpital doté d'une équipe interdisciplinaire (cette équipe comprenait un psychiatre, un psychologue, des infirmières et un travailleur social). Le patient s'est blessé après avoir brisé une fenêtre pour s'enfuir et il a par la suite été impliqué dans un accident de la circulation. Dans le jugement final, le psychiatre, le psychologue et certaines infirmières ont été trouvés coupables de négligence. Le juge de première instance ne s'opposait pas à une évaluation de la collaboration interprofessionnelle tout en faisant bien comprendre que chaque membre de l'équipe serait assujéti à une responsabilité individuelle établie d'après la performance de l'équipe⁸⁴.

La décision rendue dans ce cas a amené l'Association canadienne de protection médicale et la Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada à formuler une déclaration conjointe sur la protection contre la responsabilité professionnelle à l'intention des prestataires de soins infirmiers et des médecins œuvrant dans des pratiques axées sur la collaboration⁸⁵. Voici quelques-uns des points importants :

- Chaque professionnel de la santé, individuellement et en tant que membre d'une équipe axée sur la collaboration, est responsable de sa propre pratique professionnelle.

- Il est essentiel que les médecins et les infirmières œuvrant dans une pratique axée sur la collaboration vérifient si tous les membres de l'équipe axée sur la collaboration et l'institution ont souscrit une assurance suffisante contre les fautes professionnelles dès le début de la relation de travail et par la suite.

L'application des normes de pratique en vertu de la loi et l'interprétation de la responsabilité par les tribunaux et les organismes de réglementation sont des aspects importants de l'autoréglementation. Il est important de clarifier les rôles et les responsabilités liés aux activités en équipe qui pourraient exiger une modification des cadres de législation et de réglementation. Il faut faire d'autres recherches pour mieux comprendre l'incidence de la collaboration interdisciplinaire sur la responsabilité professionnelle et la réforme de la loi sur les fautes professionnelles. Santé Canada a commandé une étude plus approfondie sur les enjeux liés à la responsabilité professionnelle⁸⁶.

Formation interprofessionnelle

Formation interprofessionnelle au Canada

Bien que des exemples de formation interprofessionnelle aient été signalés⁸⁷, il y a peu d'indices sur l'efficacité de cette dernière à promouvoir et assurer la collaboration en termes de pratiques exemplaires. Un examen systémique a démontré qu'il n'existe aucune preuve que la formation interprofessionnelle favorise la collaboration avant l'octroi des permis d'exercice. Il existe par contre certaines preuves que les interventions axées sur la

collaboration après l'octroi des permis d'exercice assurent des résultats positifs pour la santé au sein de groupes donnés, comme les personnes âgées, les nouveau-nés et les usagers des soins de santé mentale^{88, 89, 90}.

Bien que certains établissements d'enseignement supérieur aient fait preuve d'un certain leadership, en intégrant la formation interprofessionnelle dans leurs programmes académiques⁹¹, on a intégré très peu de programmes de formation interprofessionnelle, sinon aucun, à la planification des ressources humaines en santé mentale au niveau interministériel provincial. Cela ne semble pas une priorité pour les gouvernements provinciaux et territoriaux.

De nombreux collèges et universités offrent des programmes de formation propres à des professions, mais pour la plupart ils ne constituent pas de nouveaux modèles de prestation des services et ne favorisent pas non plus une approche multidisciplinaire dans la prestation des soins, surtout dans le domaine de la santé mentale⁹². Certains établissements d'études supérieures et de recherche, toutefois, ont pris l'initiative d'explorer des modèles de formation interprofessionnelle pour les inclure dans leurs programmes de sciences de la santé. La formation est parfois offerte comme un programme optionnel, comme c'est le cas dans les Colleges of Health Disciplines à l'University of British Columbia, au Health Sciences Council à l'University of Alberta, au Centre for Collaborative Health Professional Education à la Memorial University of Newfoundland de même que dans le cadre des programmes de deuxième et de troisième cycles de la faculté de sciences de la santé de la McMaster University.

Formation interprofessionnelle pour les soins de santé mentale axés sur la collaboration

Selon le sondage mené par l'ICCSM, la formation appuyant les soins de santé mentale axés sur la collaboration est limitée. En raison de contraintes budgétaires, aucun financement n'est généralement disponible pour la formation professionnelle individuelle. Il devient donc

primordial de former des équipes dans des activités appuyant les objectifs du programme plutôt que les objectifs propres à une discipline.

Le tableau 5 résume ce que le sondage a mis en lumière, c'est-à-dire les obstacles à une formation interprofessionnelle appuyant les soins de santé mentale axés sur la collaboration⁹³.

tableau 5 Obstacles nuisant à la formation interprofessionnelle : sondage CCHPE

Phase I : formation avant l'octroi d'un permis d'exercice (académique)	Phase II : formation après l'octroi d'un permis d'exercice (niveau de pratique communautaire)
<p>Obstacles majeurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ↻ Problèmes de programmation (p. ex. manque de temps pour l'enseignement, le travail en clinique, les rencontres avec les collègues; conflits d'horaires). ↻ Programmes rigides (p. ex., les niveaux et les contenus de connaissances nécessaires aux différents prestataires de soins de santé mentale différent). ↻ Manque d'incitatifs pour les facultés. ↻ Manque de ressources financières. <p>Obstacles moindres :</p> <ul style="list-style-type: none"> ↻ Manque de soutien administratif. ↻ Position de la faculté (ne souscrit pas à l'idée de la formation interprofessionnelle). ↻ Acceptation des étudiants. 	<p>Obstacles majeurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ↻ Manque de ressources financières (p. ex., le coût des études pour le prestataire, manque de financement gouvernemental, manque de modèles de financement satisfaisants pour la formation interprofessionnelle). ↻ Manque de soutien administratif. ↻ Problèmes de programmation (p. ex. accès pour les prestataires de soins, manque de temps, contraintes en matière de programmes). <p>Obstacles moindres :</p> <ul style="list-style-type: none"> ↻ Manque de valeur perçue. ↻ Attitude de la faculté, du conseil, des membres (p. ex. ressources et base de connaissances limitées, manque de connaissance des problèmes de santé mentale). ↻ Résistance à souscrire à l'idée et manque de preuves quant aux avantages.

Le tableau 6 résume les obstacles nuisant à la formation interprofessionnelle précisés dans la documentation et mis en évidence par une étude des principaux programmes de formation dans le domaine de la santé au Canada.

Obstacles nuisant à la formation interprofessionnelle : analyse de la documentation et étude sur les programmes de formation en santé

tableau 6

Obstacles précisés dans la documentation ⁹⁴	Obstacles précisés dans l'étude sur les programmes interprofessionnels au Canada ⁹⁵	Obstacles catégorisés ⁹⁶	Exigences catégorisées pour la formation interprofessionnelle universitaire
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Perte de statut perçue au sein de la profession et de la discipline. ➤ Défis au titre des programmes académiques et de la programmation. ➤ Manque de familiarité et d'aisance à l'égard de la formation interprofessionnelle au sein des universités et des départements⁹⁷. ➤ Refus de la part des étudiants et des enseignants d'expérimenter de nouveaux modes d'apprentissage et d'enseignement ou d'utiliser de nouveaux outils d'apprentissage et d'enseignement (WHO 1988). 	<p>Problèmes liés à programmation et au calendrier.</p> <p>Programmes académiques rigides.</p> <p>Manque de ressources financières.</p> <p>Manque de valeur perçue.</p> <p>Manque de ressources, d'intérêt et de temps pour assurer la coordination.</p> <p>Préoccupations entourant les conséquences d'une fusion des connaissances et d'une dilution des rôles professionnels pour l'avenir.</p> <p>Exigences relatives à l'accréditation.</p> <p>Inégalités de statut au sein des différentes disciplines du système de santé.</p> <p>Hierarchie perçue au sein des disciplines de santé.</p> <p>Préoccupations au sein de certaines disciplines au sujet de la domination d'autres disciplines.</p>	<p><i>Structure</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Difficultés d'échéanciers. ➤ Exigences des corps professionnels (diplômes, accréditation). ➤ Problèmes organisationnels (écoles professionnelles situées dans des immeubles différents). ➤ Manque de temps pour faire des rencontres entre les planificateurs des cours. ➤ Contraintes financières. <p><i>Attitude</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Manque de soutien de la part de la haute direction. ➤ Manque d'engagement. ➤ Refus de changer d'attitude. <p><i>Programmes et pédagogie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Structures et conception des programmes académiques. ➤ On privilégie une approche orientée vers un sujet unique dans l'enseignement. ➤ De nouvelles formes d'enseignement et de formation sont requises. ➤ Les enseignants doivent recevoir une formation les préparant à différents rôles. <p><i>Professions et disciplines</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Manque de connaissance et de compréhension des autres professions. ➤ Préoccupations entourant la redéfinition des limites entre les professions. ➤ Présences de langages et de concepts professionnels distincts. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Encourager les services à consacrer plus de temps aux programmes. ➤ Accommoder les horaires des facultés. ➤ Procurer du financement et du temps de faculté pour la planification des programmes de formation interprofessionnelle. ➤ Intégrer la formation interprofessionnelle durant toute l'expérience des étudiants. ➤ Permettre la création de groupes d'étudiants même si cela peut être parfois difficile lorsque le nombre d'étudiants n'est pas réparti également entre les facultés. ➤ Le développement et la sélection de scénarios pertinents de soins axés sur la collaboration sont difficiles. ➤ Donner de l'appui aux modules de formation interprofessionnelle en matière de soutien des étudiants et de ressources de formation. ➤ Faciliter le développement de modules de formation interprofessionnelle.

D'autres études ont donné des résultats similaires à ceux des études de l'ICCSM⁹⁸. Voici quelques constatations pertinentes :

- ∞ La formation interprofessionnelle visant la pratique axée sur la collaboration représente une priorité dans les établissements d'enseignement supérieur et les institutions de soins de santé de même que dans les collectivités.
- ∞ Les gouvernements et les principaux établissements de santé et d'éducation offrent un financement au niveau sociétal.
- ∞ Les membres de la collectivité peuvent offrir du leadership, de l'engagement et du soutien (p. ex. sous forme de temps).
- ∞ Les initiatives de formation interprofessionnelle ont été établies en réponse à des besoins précis des patients ou de la population.
- ∞ La mise en œuvre des initiatives de formation est liée à des initiatives de réforme provinciale.
- ∞ La volonté de changer des parties intéressées a évolué au fil du temps.
- ∞ Il faut un champion pour diriger le changement, mais aucun changement ne sera possible sans un appui secondaire.
- ∞ Il existe une mine d'information sur la formation interprofessionnelle au Canada, mais elle est difficilement accessible.
- ∞ Les programmes fructueux existants n'ont pas reçu beaucoup de reconnaissance.
- ∞ Les problèmes du système de santé en général doivent être réglés avant de pouvoir aller de l'avant.

- ∞ Pour assurer le succès de la formation interprofessionnelle, les programmes doivent répondre aux préoccupations sociales et culturelles visant à combler les besoins de la population.

Soutien des pairs

Les modèles de soutien par des pairs offrant de la thérapie se heurtent à des obstacles semblables à ceux qui nuisent aux ressources humaines en santé mentale, puisqu'ils font partie du système de prestation de soins de santé primaires au Canada. Les modèles de soutien par des pairs font appel aux usagers, aux familles et aux aidants naturels qui prodiguent des soins pendant la convalescence des patients. Dans la plupart des cas, le soutien par des pairs est assuré par des personnes qui ont déjà été aux prises avec la maladie mentale ou la toxicomanie.

Les programmes de soutien par des pairs offrent des services qui ont de nombreux volets⁹⁹. Ces approches comprennent :

- ∞ L'approche para-professionnelle dans laquelle les travailleurs sont sous la supervision d'un conseiller professionnel.
- ∞ Des bénévoles offrent le soutien par des pairs.
- ∞ D'anciens clients des agences de réadaptation professionnelle apportent du soutien aux nouveaux clients.
- ∞ Des tuteurs donnent des instructions pour apprendre à vivre en autonomie.
- ∞ Les travailleurs fournissent des renseignements utiles relatifs au

logement, aux services sociaux, au transport, aux loisirs et autres.

- ↪ Des travailleurs donnent des renseignements sur les réseaux et les activités communautaires.

Les modèles de soutien par des pairs sont une extension des services et du soutien offerts par les professionnels de la santé. Ce soutien comprend l'aide suivante :

- ↪ Le perfectionnement des compétences relationnelles.
- ↪ Les techniques de résolution de problèmes.
- ↪ La création de liens d'amitié sains.
- ↪ La gestion responsable du bien-être.
- ↪ Devenir indépendant dans la collectivité.

Des études démontrent que les services centrés sur l'utilisateur et le recours à des prestataires de soins aux usagers peuvent faciliter l'accès au soutien par des pairs. De tels services sont d'importantes ressources pour les usagers qui se remettent d'une maladie mentale ou d'une toxicomanie¹⁰⁰.

Compte tenu de leur rôle, les programmes de soutien par des pairs se heurtent également aux obstacles qui nuisent aux soins de santé mentale axés sur la collaboration. Le financement offert par les gouvernements provinciaux et territoriaux pour les programmes de soutien par des pairs est limité. Certains services sont financés ou appuyés par des œuvres de bienfaisance ou de bénévolat. Étant donné qu'ils font partie du processus de soins de santé mentale, les usagers, les familles et les aidants naturels devraient participer aux discussions et réformes visant à abolir les obstacles nuisant aux soins de santé mentale axés sur la collaboration.

Des programmes et des modèles de soutien par des pairs en santé mentale ont reçu un appui et été mis en œuvre dans tout le Canada et partout dans le monde¹⁰¹. Ces programmes ont aidé à surmonter les obstacles qui bloquent l'accès aux services de santé mentale axés sur la collaboration. Ils ont aussi permis de dissiper les malentendus et les attitudes négatives entourant les maladies mentales et la toxicomanie au cours de la convalescence, étape qui se vit généralement dans la collectivité.

APPROCHES ET STRATÉGIES POUR LES SOINS DE SANTÉ MENTALE AXÉS SUR LA COLLABORATION

Approches permettant de surmonter les obstacles

On a fait des progrès dans la réduction des obstacles liés à la législation, à la prestation des services et au financement qui nuisent aux soins de santé mentale axés sur la collaboration. Les approches qui ont permis d’y parvenir sont décrites brièvement ci-après.

Législation et politique

De nombreuses études récentes soulignent l’existence d’obstacles et de problèmes réglementaires liés aux cadres d’exercice qui empêchent de modifier la façon de travailler des divers professionnels de la santé au Canada. Une réforme législative appuierait les équipes de soins multidisciplinaires. Certaines administrations ont déjà une législation régissant les professions de la santé qui appuie les soins partagés, tandis que d’autres n’en ont pas. Nous devons déterminer les mesures et les processus qui ont été mis en place pour assurer le succès de la législation¹⁰².

Il est devenu capital d’utiliser la réglementation et la législation provinciales et territoriales pour favoriser la collaboration entre les membres des professions de la santé réglementées, en raison de l’évolution des réalités cliniques.

Pour que la collaboration interdisciplinaire soit institutionnalisée et durable dans le secteur des soins de santé primaires, la législation doit être beaucoup plus souple sur le plan de la réglementation entourant les professionnels de la santé. Lahey et Currie ont précisé les étapes clés permettant de surmonter les obstacles

législatifs nuisant aux soins de santé mentale axés sur la collaboration¹⁰³ :

- Réexaminer et rajuster les cadres d’exercice.
- Régir l’imputabilité en vue de faciliter la pratique interprofessionnelle.
- Supprimer les restrictions réglementaires inutiles.
- Créer un appareil législatif souple et sensible.
- Accroître l’intégration institutionnelle.

Il est possible de faire avancer les soins de santé mentale axés sur la collaboration au moyen d’outils législatifs. Il faut se focaliser sur ce qui suit :

- Supprimer toute rigueur législative inutile.
- Encourager la souplesse administrative.
- Améliorer l’imputabilité et la transparence.
- Mettre au point un système intégré de réglementation.
- Établir le potentiel de la pratique axée sur la collaboration et la réalité des obstacles.
- Élaborer une culture réglementaire axée sur la collaboration.
- Créer des liens avec des réformes et des modifications de système plus vastes, y compris la planification des ressources humaines dans le domaine de la santé.
- Tirer des leçons des réformes profondes effectuées dans des pays comme le Royaume-Uni et la Nouvelle-Zélande.

Rémunération

D'autres mécanismes de financement sous forme de plans de paiement différents peuvent appuyer le changement en créant pour les praticiens de nouveaux rôles favorisant la collaboration et de nouveaux modèles de prestation des soins de santé. Explorer des modèles de rémunération novateurs (comme le salaire) pour les cadres d'exercice peut favoriser la collaboration. Ainsi, certaines provinces ont lancé des projets visant à explorer comment les médecins et d'autres professionnels de la santé peuvent travailler ensemble et être rémunérés dans un établissement de soins de santé primaires complets.

Au cours des dernières années, nous avons remarqué certains progrès au chapitre des barèmes d'honoraires pour les soins indirects ainsi que du rajustement des autres plans de financement et des mécanismes de financement fondés sur la population. Depuis 2002, des développements partout au pays indiquent que les gouvernements et les prestataires de soins, et plus particulièrement les médecins de famille et les psychiatres, semblent de plus en plus déterminés à confronter les obstacles qui nuisent aux soins de santé primaires et aux soins de santé mentale axés sur la collaboration. Voici quelques exemples de changements qui ont été mis en œuvre¹⁰⁴ :

- ∞ La British Columbia Medical Association et le gouvernement de la Colombie-Britannique ont conclu une entente portant sur de nouvelles avenues pour la rémunération des médecins de famille qui donnent des soins de santé mentale.
- ∞ L'Alberta Health and Wellness, l'Alberta Medical Association et les organismes régionaux de réglementation de la

santé du niveau provincial ont conclu une entente visant à créer les *Local Primary Care Initiatives* (initiatives locales de soins de santé primaires), qui offrent aux médecins de famille de nouveaux incitatifs au travail en équipes multidisciplinaires.

- ∞ En Nouvelle-Écosse, un nouveau contrat provincial conclu avec les médecins offrant des soins de santé primaires et les psychiatres comporte un plan de financement alternatif qui contribue à accroître les options de paiement qui seront offertes à l'avenir.
- ∞ Au Nouveau-Brunswick, le groupe de travail sur le modèle de rémunération des médecins est en train d'élaborer et de mettre en œuvre des modèles alternatifs de rémunération des médecins.

Le financement des équipes interdisciplinaires axées sur la collaboration exigera la création d'organisations qui agiront comme intermédiaires entre les prestataires de soins et les gouvernements et autorités en matière de santé, puisqu'il est peu probable que les gouvernements décident d'employer un grand nombre de personnes rémunérées à l'acte ou par salaire. Ces nouveaux intermédiaires, des équipes de santé familiale ou des groupes de soins de santé primaires, ne seront très probablement pas rémunérés uniquement à l'acte pour les raisons déjà mentionnées¹⁰⁵.

Ériger un pont entre les décisions de financement et les décisions de subvention des soins de santé mentale axés sur la collaboration crée de grandes possibilités pour l'utilisation adéquate des prestataires de soins non-médecins. Cela libère également des ressources rares qui permettent aux médecins de s'engager

dans des activités plus rentables et c'est plus en accord avec les responsables des politiques et les médecins. La mise en place d'équipes interdisciplinaires financées par l'État exigera des investissements publics supplémentaires, étant donné que de nombreux prestataires de soins non-médecins sont actuellement rémunérés par des sources privées¹⁰⁶.

Lorsqu'on envisage le financement et l'octroi de subventions, il est important d'établir une distinction entre la totalité des fonds alloués et la répartition de ces fonds entre les services et les prestataires de soins. Les mécanismes de paiement ont une influence claire sur les incitatifs; toutefois, il faut arriver à mieux comprendre les répercussions du financement – et à mieux saisir dans quels cas il devient un obstacle à la collaboration et dans quels cas il la favorise¹⁰⁷. Les mécanismes de paiement figurent au tableau 7.

tableau 7

Mécanismes de paiement

Paiement versé	Base de paiement				
	Coûts	Méthodes	Services	Population	Résultats
Particulier	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Coûts plus* 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Salaire ☞ Séance ☞ Heure 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Rémunération à l'acte par tâche ☞ Rémunération à l'acte par visite 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ S.O. 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Contrats axés sur le rendement
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Budgets détaillés ☞ Modèles de coûts moyens 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Journée ☞ Heure 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Rémunération à l'acte ☞ Groupes de diagnostic 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Capitation ☞ Budget fixe pour une aire de recrutement 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Contrats axés sur le rendement
Analyse des mécanismes de paiement					
Options	Description	Avantages	Inconvénients		
Coût	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Les prestataires sont rémunérés en fonction des coûts (p. ex. programmes de remboursement des médicaments aux termes desquels les frais des médicaments et des honoraires professionnels sont versés à un pharmacien). ☞ Budget détaillé des entreprises, selon les modèles de dépenses historiques. 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Simplicité et implantation facile. 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Rigidité. ☞ Faibles incitatifs en vue de réduire les coûts. 		
Temps	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Rémunération en fonction du temps passé. ☞ Les unités de temps peuvent s'appuyer sur des taux horaires ou être regroupés pour le versement d'honoraires à la séance ou de salaires. 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Gestion simple. ☞ Aucun incitatif pour offrir des services supplémentaires ou transférer les patients. ☞ Le prestataire peut choisir de consacrer plus de temps avec chaque patient. 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Incidence négative potentielle sur la productivité. ☞ Aucun incitatif permettant de s'assurer que le temps n'est pas gaspillé. 		
Services	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Paiement d'honoraires fixes pour chaque service. ☞ Les paiements sont liés à un barème des frais normalisés. 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Incitatifs à la productivité accrue, mais coûts potentiels des brèves visites des patients. ☞ Incitatifs assurant la prestation efficace des services. 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Problèmes d'implantation éventuels si les coûts unitaires varient de manière légitime entre les organisations. 		
Population	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Le financement est réparti en fonction de la population de la région (établissement des horaires). 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Les prestataires reçoivent des paiements fixes (p. ex. capitation) pour chaque patient dans le cadre de la prestation d'une gamme de services de santé. ☞ Possibilité d'adopter des pratiques exemplaires. ☞ Incitatifs au contrôle des coûts. 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Les patients n'ont peut-être pas le choix de chercher des soins de santé auprès d'un autre prestataire. 		
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Les prestataires sont rémunérés en fonction des résultats. 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Comme il y a peu d'exemples de paiements s'appuyant sur le rendement, cette option pourrait être utilisée de manière optimale dans le cadre d'un financement mixte. 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Les problèmes techniques liés à l'obtention de données sur les tendances d'utilisation et l'état de santé des patients doivent être réglés. 		

*Règlement des prestataires en fonction des coûts engagés ou qui pourraient être engagés.

Certains pays étrangers ont mis en place avec succès d'autres modèles de remboursement des prestataires de soins de santé mentale. Au Royaume-Uni, une politique novatrice a été déterminante pour le développement de nouveaux modèles de remboursement. Par exemple, les paiements sont versés à l'établissement de soins de santé (offrant également des services en santé mentale) plutôt qu'aux praticiens individuels, en vue de favoriser l'approche en équipe axée sur la collaboration. Cette initiative a vraiment réussi à modifier les comportements des prestataires¹⁰⁸. La documentation décrivant l'expérience australienne appuie l'idée visant à négocier de nouvelles approches dans le cadre général des objectifs du système de santé. Des études

internationales ont souligné l'importance d'un système de financement couvrant les coûts de tous les professionnels travaillant ensemble¹⁰⁹.

Dewa, Hoch et Goering¹¹⁰ ont recommandé une approche visant à comprendre les divers modèles de rémunération. Cette approche comprenait un modèle de liaison des consultations en soins partagés visant à vérifier les modèles de remboursement et les incitatifs économiques connexes. D'après leur évaluation des recherches, il s'agirait de l'approche la plus efficace pour le Canada. Les points saillants des divers modèles de remboursement figurent au tableau 8¹¹¹.

tableau 8

Caractéristiques des modèles de remboursement des soins partagés en soins de santé mentale axés sur la collaboration

Rémunération à l'acte	Capitation	Paiements mixtes
<ul style="list-style-type: none"> ↻ Permet aux prestataires de soins de santé mentale non-médecins ayant des titres de compétences de facturer des consultations avec des médecins de famille en vue d'accroître le nombre de consultations, et de facturer des soins de santé mentale. ↻ Permet aux médecins de facturer les soins de santé mentale prodigués par des prestataires associés à leur établissement (comme dans le cadre d'une relation dentiste-hygiéniste dentaire). ↻ Aucun des facteurs ci-dessus ne permettrait de combler le fossé entre les prestataires de soins de santé mentale primaires et les psychiatres. ↻ Les facteurs ci-dessus aideraient les prestataires de soins de santé primaires à traiter des cas bénins de maladie mentale en soins primaires et leur assureraient des incitatifs financiers, mais au risque de modifier la clientèle des psychiatres qui se limiterait alors aux cas lourds. ↻ La dépendance à la rémunération à l'acte dans sa forme actuelle n'appuie pas les soins partagés. Les médecins sont d'avis que les soins partagés sont viables uniquement s'ils peuvent récupérer les coûts additionnels par le biais de revenus reposant sur un nombre accru de clients. 	<ul style="list-style-type: none"> ↻ Efficace si elle met l'accent sur les services dispensés, plutôt que sur les prestataires. ↻ Favorise le développement des pratiques par groupe faisant appel à une gamme de professionnels à temps plein et à temps partiel. ↻ Le médecin serait rémunéré, peu importe qui a prodigué le service. ↻ Les incitatifs financiers favoriseraient la prestation de consultations psychiatriques ou le recours à d'autres spécialistes pour offrir des services dépassant le cadre des soins de santé primaires. ↻ Les paiements de capitation devront être suffisamment importants pour correspondre aux coûts de renvoi des cas. ↻ Il y a des risques que l'on choisisse délibérément des professionnels ayant moins de titres de compétences pour travailler dans l'établissement, afin de réduire les coûts. ↻ Le problème lié à la politique vient du risque que l'on opte pour un traitement par un prestataire de soins de santé mentale ayant moins de formation, quand aucun spécialiste clinique de la santé mentale n'est disponible pour dispenser un traitement ou ne peut en donner dans l'immédiat. ↻ Les incitatifs visant à attirer des patients plus en santé demeurent, compte tenu du peu de risques financiers. ↻ Des plans de capitation plus souples assurant une réduction des risques par rapport au taux de réalisation des objectifs pourraient être plus fructueux. ↻ Les médecins rémunérés à salaire pourraient recevoir des primes pour participer à des programmes axés sur la collaboration. 	<ul style="list-style-type: none"> ↻ Bon point de départ étant donné qu'un changement approfondi des modèles de remboursement est peu probable. ↻ Mise sur un plan de services rémunérés à l'acte et intègre la capitation en vue d'appuyer les soins partagés, afin de réduire les incitatifs encourageant la prestation de services inutiles. ↻ La capitation assure des paiements garantis et subventionne le recours à des spécialistes en santé mentale dans des établissements de soins de santé primaires, les spécialistes donnant des consultations ou offrant des soins directs. ↻ La capitation contribue à élargir le cadre d'exercice des médecins offrant des soins de santé primaires au-delà des soins directs aux patients, et favorise la coordination des responsabilités à l'égard des soins. ↻ L'utilisation de la rémunération à l'acte contribuerait à neutraliser la tendance à donner des traitements insuffisants; le taux fixé devrait décourager la facturation de consultations inutiles, mais être suffisamment élevé pour encourager celles qui sont nécessaires. ↻ L'inscription des patients est essentielle à un modèle de capitation – astreindre un client à un seul établissement pendant un certain temps entraîne en théorie une perte de choix pour le client.

Cadres d'exercice

Bien que la réglementation soit souvent considérée comme un obstacle potentiel à la mise en œuvre de soins axés sur la collaboration, en y regardant de plus près, on constate que les problèmes de réglementation sont gérables¹¹². À coup sûr, lorsque divers professionnels de la santé constatent un chevauchement des services qu'ils peuvent prodiguer, des guerres intestines et la résistance au changement risquent d'intervenir. Néanmoins, la pénurie actuelle de ressources humaines en santé mentale dans de nombreuses communautés peut faciliter les choses. Les hôpitaux disposent déjà de cadres de travail réglementaires appuyant les activités interdisciplinaires qui pourraient être adaptés aux organisations de soins de santé primaires¹¹³.

La substitution des ressources humaines est une politique qui peut être utile pour atteindre certains objectifs de soins de santé en milieu communautaire, y compris la rentabilité, l'accessibilité des services et la distribution équitable des ressources¹¹⁴. La substitution des rôles peut se faire de manière qu'un professionnel ou un membre de l'équipe offre des services correspondant sur le plan des fonctions à ceux prodigués par un autre membre, pour ainsi libérer les professionnels plus rares ou dont les compétences précises ne sont pas requises. La substitution des rôles est réalisable et efficace si elle est faite correctement. Le développement de profils de compétences adaptés aux programmes de soins de santé mentale axés sur la collaboration, et de rôles génériques pour le personnel, appuie efficacement la substitution des rôles.

Le rapport Romanow propose une gamme d'options, tirées de divers rapports sur les politiques de santé et d'autres documents, qui peuvent servir à surmonter les obstacles

et à régler les problèmes entourant les cadres d'exercice en soins de santé mentale axés sur la collaboration¹¹⁵. En voici quelques-unes :

- Attribution d'un rôle plus vaste et plus autonome aux infirmières, aux psychologues, aux physiothérapeutes, aux orthophonistes et à d'autres spécialistes faisant partie d'équipes de soins primaires.
- Encouragement de la planification des ressources humaines dans le domaine de la santé à l'échelle nationale ou intergouvernementale, y compris la formation et le perfectionnement, et d'une meilleure coordination des prévisions à long terme.
- Accroître les incitatifs pour encourager les prestataires de soins de santé à travailler (et à vivre) plus longtemps dans des régions rurales ou éloignées du pays.
- Amélioration du moral en s'assurant que les prestataires de soins puissent participer de manière déterminante à la conception et à la mise en œuvre des réformes majeures futures du système de santé.
- S'engager dans la voie d'un programme académique intégré s'adressant aux prestataires de soins de santé, comprenant des cours communs propices à la collaboration et au respect mutuel des différents types de prestataires.
- Reconnaissance du fait que l'augmentation du bassin de professionnels de la santé et le changement des attitudes et des comportements représentent

obligatoirement une proposition à long terme.

Responsabilité professionnelle

Dans le cadre d'un forum à l'intention des leaders sur la collaboration interdisciplinaire en soins de santé primaires¹¹⁶, on a proposé les approches suivantes pour régler les problèmes liés à la responsabilité professionnelle :

- ∞ Réformer la loi de la responsabilité délictuelle, et inclure entre autres un seuil de responsabilité et une procédure de recours collectif.
- ∞ Retenir les services d'un assureur unique pour tous les membres d'un groupe donné de soins de santé primaires.
- ∞ Accorder une plus grande importance aux résultats sur la santé et aux pratiques exemplaires.
- ∞ Créer un processus efficace de travail en équipe où les politiques, procédures et pratiques exemplaires sont définies plus clairement.
- ∞ Faire participer les usagers aux soins qu'ils reçoivent.
- ∞ Communiquer efficacement.
- ∞ Faire plus de recherches sur le travail axé sur la collaboration.

L'Association canadienne de protection médicale a fait des recommandations sur la manière de limiter la responsabilité professionnelle des médecins travaillant en équipe, et celles-ci peuvent s'appliquer aux prestataires de soins de santé mentale¹¹⁷, comme suit :

- ∞ S'assurer que le dossier des patients contient l'évaluation faite par le médecin et les traitements recommandés.
- ∞ Si l'équipe prend une décision contraire au diagnostic posé par le médecin, ce dernier doit non seulement faire part des ses inquiétudes, mais s'assurer que le dossier contient ses résultats cliniques, les traitements proposés et ses recommandations.
- ∞ Les médecins doivent au besoin demander une seconde opinion.
- ∞ Si la décision de l'équipe est maintenue en dépit des recommandations du médecin, ce dernier doit confier le patient à un autre médecin.
- ∞ Lorsqu'une équipe soigne un usager, le médecin doit s'assurer que celui-ci et sa famille connaissent le processus décisionnel.

Dans le cadre de recherches approfondies sur les obstacles réglementaires et médicaux-légaux nuisant à l'exploitation d'une pratique interprofessionnelle et sur les moyens de régler les problèmes connexes à la responsabilité professionnelle, Lahey et Currie¹¹⁸ ont examiné les options suivantes :

- ∞ Adapter la pratique axée sur la collaboration aux exigences de la loi de la responsabilité délictuelle.¹¹⁹
- ∞ Promouvoir collectivement une vision de pratique axée sur la collaboration qui permette de régler proactivement les problèmes d'imputabilité et d'« éduquer » les tribunaux, soit soumettre les objectifs de la collaboration aux tribunaux.

- Réformer la réglementation et la législation.

Formation interprofessionnelle

La collaboration dans le domaine des soins de santé mentale est essentielle pour améliorer la qualité et la coordination des soins. On a fait remarquer que le manque de connaissances et de compétences et les mauvaises attitudes concernant la pratique axée sur la collaboration résultent de la formation et de l’instruction des professionnels. Nous remarquons toutefois une volonté de créer des ponts interprofessionnels entre les professionnels de la santé mentale¹²⁰.

Il est primordial d’enseigner aux professionnels des équipes de soins de santé mentale à communiquer clairement, ouvertement et honnêtement entre eux.

Le sondage du CCHPE et l’analyse de recherche d’Oandasan et de ses collaborateurs ont identifié des facteurs favorisant et appuyant la formation interprofessionnelle en soins de santé mentale axés sur la collaboration. Le tableau 9 décrit ces facteurs.

tableau 9

Facteurs favorisant la formation interprofessionnelle en soins de santé mentale axés sur la collaboration

Facteurs favorisant la formation interprofessionnelle	Incitatifs à l’offre de programmes de formation interprofessionnelle au niveau de la pratique communautaire
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Attitude positive (p. ex. désir de travailler). ➤ Soutien interne et externe : « champions ». ➤ Collaboration et établissement de relations (p. ex. notamment des relations avec les facultés des autres écoles professionnelles). ➤ Placements cliniques et formation sur les services. ➤ Enseignement inter-facultés. ➤ Financement accru (notamment pour les projets-pilotes et les ateliers). ➤ Recherche sur la formation interprofessionnelle dans le cadre des soins de santé mentale axés sur la collaboration. ➤ Développement de programmes académiques. ➤ Évaluation des activités visant à encourager la participation des étudiants à la formation interprofessionnelle. ➤ Obligation pour les professions d’accroître la scolarité des prestataires de soins de santé mentale pour permettre à d’autres groupes professionnels de participer à la formation interprofessionnelle. ➤ Collaboration administrative (p. ex. volonté de groupes multiples d’établir des échéanciers souples). 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Meilleure prestation des produits aux clients (entre autres un service aux patients mieux coordonné et plus efficace). ➤ Interconnectivité (p. ex. création d’équipes et de réseaux). ➤ Transfert de connaissances et optimisation des partenariats avec des experts du domaine. ➤ Accréditation et reconnaissance (p. ex. crédits de formation médicale continue). ➤ Possibilité de favoriser le changement pour faire face à la réalité émergente au sein de la pratique. ➤ Fonds de développement professionnel. ➤ Amélioration du moral des professionnels et de la satisfaction au travail. ➤ Souplesse.

Les thèmes communs mentionnés dans la documentation par la plupart des établissements de soins de santé et tous les professionnels de la santé sont les suivants :

- ∞ Tous les programmes de premier cycle sont fructueux et durables; toutefois, la reconnaissance des programmes par d'autres facultés reste encore difficile.
- ∞ La formation interdisciplinaire de premier, de deuxième et de troisième cycles est assurée par le budget global de l'université ou des subventions à la recherche.
- ∞ La participation des étudiants se remarque principalement au premier cycle.
- ∞ La plupart des universités offrent des programmes optionnels de formation interdisciplinaire tandis qu'à l'University of Alberta, ces cours sont obligatoires.
- ∞ Non seulement les étudiants acquièrent des compétences et des techniques interdisciplinaires dans le cadre de cours, d'ateliers, de tutoriels et de séminaires, mais bon nombre participent également à des stages communautaires en vue d'obtenir une expérience pratique dans une clinique ou une pratique de soins de santé axés sur la collaboration.
- ∞ Les rôles et les responsabilités sont clairement définis. Ce sont surtout les établissements d'enseignement supérieur et de santé qui fournissent les fonds et les ressources, tandis que les champions et les leaders

communautaires assurent le soutien dans la mise en œuvre des programmes.

- ∞ Les communications jouent un rôle important pour favoriser la collaboration. Elles se prennent la forme de bulletins, de rencontres de consultation, de tutoriels et d'incitations à donner du feedback.

Voici quelques facteurs ayant contribué au succès de la formation interprofessionnelle :

- ∞ Ouverture envers les idées des autres groupes professionnels.
- ∞ Soutien des administrateurs et des organisations de haut niveau.
- ∞ Tenue de séances de formation interprofessionnelle par le biais des outils suivants¹²²:
 - Approches centrées sur l'apprenant.
 - Utilisation accrue des séances de formation interprofessionnelle dans le cadre de programmes d'admissibilité en vue de contrer les stéréotypes négatifs.
 - Approches plus souples et plus novatrices à l'égard de la formation.
- ∞ Organisation et administration judicieuses des programmes.
- ∞ Participation équilibrée de divers groupes professionnels et disciplines.
- ∞ Commanditaires financiers et programmatiques.
- ∞ Rémunération des participants.

Leçons tirées des autres pays

Le Royaume-Uni, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et les Pays-Bas favorisent les cadres de soins de santé axés sur la collaboration par diverses politiques et un soutien financier. L'incidence de ces mesures gouvernementales incitatives est analysée dans divers projets de recherche.

Le bureau régional pour l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé offre des politiques et d'autres sources de leadership pour la coordination des initiatives de soins de santé mentale dans toute l'Europe. À partir de ce cadre de travail politique, le NIVEL (institut des soins de santé primaires des Pays-Bas) a convenu que la relation entre les soins de santé primaires et les soins de santé mentale représentait une priorité absolue. Les activités focalisées de NIVEL ont permis notamment d'utiliser plus efficacement les ressources. Ce succès est le fruit d'une collaboration accrue entre les médecins de famille, les travailleurs sociaux et les psychologues offrant des soins primaires; des compétences additionnelles acquises par les praticiens grâce à une formation supplémentaire et au soutien à la consultation; du raffermissement des services de travail social et de l'inclusion des psychologues offrant des soins primaires dans le régime public d'assurance maladie¹²³. Au Royaume-Uni, dans les équipes communautaires de santé mentale du National Health Service les prestataires de soins de santé mentale et les médecins ont réussi à mieux communiquer, ce qui s'est traduit par de meilleurs résultats pour les patients^{124,125}.

INTERMED, un réseau international de professionnels multidisciplinaires de l'Europe,

des États-Unis et du Japon, représente une autre initiative pertinente. Le réseau a élaboré un outil d'évaluation du risque pour détecter et traiter les personnes ayant besoin de soins de santé mentale complexes. Actuellement, l'outil est utilisé surtout par les praticiens œuvrant dans les hôpitaux; ces praticiens approchent ensuite les prestataires de soins primaires pour les inviter à participer à la conception et à la mise en œuvre de traitements personnalisés que le malade suivra après avoir reçu son congé.

Des études ont démontré que lorsque des cadres d'exercice interdisciplinaires élargis sont mis en place de manière efficace et rigoureuse, les résultats sont satisfaisants et parfois même supérieurs. En bref, même si les intervenants qui tentent de mettre en place des soins axés sur la collaboration doivent faire face à divers obstacles et défis, l'expérience internationale confirme que les prestataires de soins de santé mentale, les usagers, les familles et les aidants naturels peuvent vraiment tirer des avantages réels de ce type de soins¹²⁶.

La documentation décrit divers facteurs favorables aux soins de santé mentale axés sur la collaboration et divers obstacles qui y nuisent, lesquels doivent être traités au niveau macro, au niveau méso et au niveau micro¹²⁷. Ils sont décrits au tableau 10.

tableau 10

Approches permettant de surmonter les obstacles nuisant aux soins de santé mentale axés sur la collaboration

Niveau macro : le système élargi

- Procurer aux prestataires de soins existants une formation continue en soins axés sur la collaboration.
- Assurer la formation des futurs praticiens en soins de santé mentale axés sur la collaboration.
- Promouvoir des relations de collaboration entre les organisations professionnelles, comme des projets conjoints sur la collaboration, des déclarations conjointes sur les soins axés sur la collaboration s'appuyant sur des pratiques exemplaires et l'offre de programmes conjoints de formation et de soutien par des pairs.
- Élaborer des politiques nationales de santé mentale précisant les objectifs et les mécanismes d'intégration des soins de santé mentale primaires et secondaires et la collaboration avec les prestataires de services autres que médicaux.
- S'assurer que des politiques appuient la décentralisation des services de santé mentale, l'intégration des soins de santé mentale et des soins de santé générale et la collaboration avec les prestataires non-médecins.
- Créer des services provinciaux de santé mentale.
- Offrir du financement pour le recrutement, la formation et l'embauche de personnel; une provision adéquate de médicaments et un réseau d'installations, y compris le transport, la collecte des données et la recherche.
- Offrir des incitatifs internes et externes pour intégrer les soins de santé mentale axés sur la collaboration au système de soins de santé.
- Effectuer une planification stratégique systématique.

Niveau méso : le niveau de la pratique

- Fournir des descriptions de poste claires comprenant les attentes bien définies des professionnels travaillant ensemble.
- Utiliser adéquatement les compétences des membres de l'équipe, surtout si des spécialistes font partie de celle-ci.
- Développer et utiliser des protocoles en équipes de manière à définir les rôles et les fonctions, en établissant des distinctions claires entre le leadership et les fonctions de coordination d'une part et les responsabilités professionnelles et cliniques d'autre part, afin que les objectifs de service soient clairs.
- Assurer la disponibilité de l'infrastructure de soutien, comme un registre des usagers, un système d'information sur les clients et un système de rappel.
- Établir des processus et des mécanismes cliniques bien définis soulignant le dépistage précoce et le travail axé sur la collaboration, avec orientation des résultats vers les solutions plutôt que les processus.
- Utiliser des directives de traitement et des outils de dépistage.
- Travailler dans un milieu ouvert où l'on offre des consultations impromptues ou au besoin de même que des réunions plus formelles.
- S'assurer que l'espace est adéquat (p. ex. intégré à l'établissement principal de soins de santé primaires).

Niveau micro : le niveau des systèmes locaux

- Améliorer l'interaction au niveau de l'interface de soins de santé primaires - soins de santé mentale en favorisant la prestation de soins primaires dans un cadre de soins de santé mentale pour les personnes atteintes de maladie mentale grave ou promouvoir le développement de soins de santé mentale au sein de l'établissement de soins de santé primaires.
- Former les travailleurs de soins de santé mentale aux nouvelles tâches de formation et de soutien des travailleurs en soins de santé non spécialisés œuvrant dans un milieu de soins de santé primaires.
- Mettre l'accent sur l'amélioration continue.
- Faire participer des employés expérimentés aux soins de santé axés sur la collaboration.
- Prendre un engagement envers l'évaluation.
- Utiliser la technologie de l'information pour améliorer les communications et l'échange d'informations au sein des équipes.

Ressources humaines dans le domaine de la santé mentale axée sur la collaboration : le succès au Canada

Les facteurs essentiels au succès des pratiques de déploiement des ressources humaines dans le domaine de la santé que l'on peut appliquer aux soins de santé mentale axés sur la collaboration sont résumés ci-après^{128, 129}. Les pratiques de déploiement doivent être conformes à ce qui suit :

- S'appuyer sur des approches reposant sur une population et des besoins de santé clairement établis, qui sont articulées dans les politiques et les stratégies en matière de santé (plutôt que des pratiques ponctuelles).
- Être clairement définies avec des cadres d'exercice cohérents et être clairement articulées sur les professionnels de la santé déployés et les groupes professionnels associés travaillant avec les professionnels en question.
- Comporter des normes de pratique clairement définies qui devront être mises en œuvre par les autorités provinciales et appuyées par les cadres de travail législatifs et réglementaires nécessaires.
- S'accompagner de la formation et du perfectionnement requis pour appuyer les nouvelles compétences et capacités nécessaires à la prestation des services de santé.
- Utiliser des pratiques exemplaires fondées sur l'expérience clinique établies par des études d'évaluation.

- Inclure les résultats pour les patients et la satisfaction des usagers, la qualité du service, l'efficacité et l'optimisation des ressources dans l'évaluation de la prestation des services.
- Favoriser l'exposition à la formation systématique dans le cadre de la collaboration interdisciplinaire.

Dans la documentation, on trouve des exemples d'histoires à succès dans les passages décrivant les obstacles qui nuisent à la pratique de soins de santé mentale axés sur la collaboration. Dans l'ensemble, les facteurs contribuant au succès des approches visant à surmonter les obstacles sont les suivants :

- **Priorité** : les gouvernements, les décideurs et les planificateurs de ressources humaines en soins de santé pensent qu'il est prioritaire d'inclure les soins de santé mentale axés sur la collaboration dans la réforme des soins de santé primaires.
- **Financement** : de nouvelles sources de financement sont offertes en vue d'évaluer de nouveaux modèles de prestation des soins de santé.
- **Engagement et soutien** : nous remarquons un engagement et un soutien à long terme à tous les niveaux.
- **Un besoin à combler** : de nombreux Canadiens souffrent de maladie mentale et des ressources devraient être fournies en vue de combler les besoins des usagers, des familles et des aidants naturels dans tous les établissements de soins de santé.
- **Attitude** : Les secteurs des soins de santé et de l'éducation ouvrent de plus en plus leurs portes à de nouveaux modèles de

prestation des soins de santé au niveau institutionnel, mais cette ouverture doit être communiquée au plan communautaire, à toutes les professions de la santé.

- ∞ **Occasions** : les Canadiens attendent avec impatience les changements qui assureront la durabilité du système de soins de santé et qui garantiront l'utilisation efficace de nos ressources dans le domaine de la santé.
- ∞ **Liens avec la réforme de la santé** : la plupart des provinces et des territoires ont mis en place des plans de soins de la santé et des priorités visant un système intégré de soins de santé. Les soins de santé mentale axés sur la collaboration doivent faire partie du processus.

CE QUE NOUS NE SAVONS PAS : LES LACUNES D'INFORMATION

Malgré les recherches approfondies menées à ce jour, nous remarquons toujours des lacunes au chapitre des connaissances, ce qui empêche de comprendre pleinement les obstacles à l'optimisation des ressources humaines en soins de santé mentale et de déterminer si les modèles et les solutions proposés qui ont été mis en œuvre dans des administrations internationales sont réalisables au Canada. Les lacunes d'information s'énoncent comme suit :

∞ *Dynamique de l'effectif de travailleurs en santé mentale :*

- Il existe peu d'information sur l'interaction des travailleurs en santé mentale avec les autres professions; on ne connaît aucune stratégie efficace pour promouvoir la collaboration entre professions, entre employeurs et employés ou entre les paliers de gouvernement¹³⁰.
- Il n'existe pas de comptabilisation centralisée des caractéristiques des effectifs de travailleurs en santé mentale, comme l'ancienneté professionnelle, les salaires et avantages sociaux, la charge de travail et les conditions de travail.
- Il n'existe aucune analyse courante des facteurs liés à la pertinence et à l'efficacité de répertorier les prestataires de soins de santé mentale axés sur la collaboration dans un type d'organisation donné.

∞ *Rémunération et financement des prestataires de soins de santé mentale :*

- D'autres recherches doivent être faites sur les effets des politiques de remboursement sur les prestataires de soins. Des études ont déjà fourni des précisions importantes sur les répercussions de systèmes de remboursement substitutifs, mais d'autres travaux pourraient contribuer à mieux comprendre les principaux problèmes dans ce domaine¹³¹.
- Nous devons mieux connaître l'ampleur du leadership et de l'engagement au sein des organismes de réglementation et des professions de la santé, étant donné que ceux-ci influenceront sur la progression des soins de santé mentale axés sur la collaboration et la mise en place de priorités pour les ressources humaines en soins de santé mentale, au niveau méso.

∞ *Cadre de travail de la réforme législative en soins de santé mentale axés sur la collaboration :*

- Bien que la législation touchant les ressources humaines en soins de santé mentale soit révisée de façon plus aidante, nous ignorons si une législation ou des lois sur les cadres d'exercice des soins de santé mentale axés sur la collaboration ont été mises en place. Une analyse approfondie est nécessaire pour le déterminer (p. ex. inventaire comparatif des cadres d'exercice).

- Il y a peu d'information sur les professions autoréglementées, comme les pharmaciens, les sages-femmes, les chiropraticiens et autres, et leur mode de fonctionnement dans un milieu de soins axés sur la collaboration. Les données sur les travailleurs non réglementés sont inexistantes¹³².
- Les lacunes d'information sur la planification des ressources humaines en soins de la santé, les modèles intégrés de prestation, le chevauchement des cadres d'exercice et le recours accru à d'autres professions de la santé doivent être comblées si les responsables des politiques veulent faire leur travail adéquatement¹³³.
- Une analyse des changements de la législation provinciale, au moyen d'un suivi législatif, est nécessaire, pour déterminer les facteurs de succès appuyant ou facilitant l'utilisation optimale des ressources en soins de santé.

∞ *Formation interprofessionnelle*

- Nous ne connaissons pas la priorité accordée par les gouvernements et institutions académiques au développement et à la mise en œuvre d'initiatives en formation interprofessionnelle favorables aux soins de santé mentale axés sur la collaboration.
- Des recherches sur les nouveaux modèles de formation interprofessionnelle avant et après le service sont une nécessité.

∞ *Pratiques exemplaires dans les soins aux patients*

- Il faut absolument connaître et comprendre les besoins de la population pour assurer le succès des programmes de pratique axés sur la collaboration. Il faudrait peut-être mettre en place un centre de ressources national appuyant la formation, les recherches et le développement des facultés. De plus, les initiatives de soins de santé mentale axés sur la collaboration qui ont du succès peuvent être une bonne source d'information.
- Nous pouvons tirer des leçons d'autres administrations qui ont mis en œuvre avec succès des soins de santé mentale axés sur la collaboration.
- Des rapports indiquent que les cas où l'on consulte un médecin de famille et un psychiatre sont les plus nombreux dans les Maritimes et en Colombie-Britannique et les moins nombreux au Québec. Ces résultats permettent de croire que les taux de collaboration diffèrent dans tout le pays, ce qui s'explique probablement par le fait que les systèmes de financement et de prestation des services de santé mentale sont différents. Toutefois, ces constatations ne précisent pas si les médecins de famille gèrent les soins aux patients en faisant appel à des psychiatres ou d'autres prestataires de soins de santé, sans adresser leurs patients à ces autres prestataires¹³⁴.

⤿ *Nécessité d'obtenir des données sur les ressources humaines en soins de santé mentale*

- De nombreux rapports, des ministres et sous-ministres de la santé, et divers groupes d'intervenants ont constaté qu'il y a d'énormes lacunes dans l'information dont nous disposons sur le personnel des soins de santé. Ces rapports et ces intervenants soulignent la nécessité d'élaborer des données à l'échelle nationale. Plus précisément, les données sur les effectifs de travailleurs alliés en soins de santé sont insuffisantes.
- Il faut avant tout recueillir et renforcer les données probantes pour la planification à l'échelle nationale. Bien que nous remarquions des progrès dans l'élaboration de normes minimales pour les ensembles de données, la collecte des données

devrait comprendre tous les renseignements nécessaires à l'analyse des facteurs de la demande, à l'utilisation ou à la planification axée sur les besoins, de même que des données complètes propres aux professions^{135, 136, 137}.

⤿ *Rôle du soutien par des pairs*

- Bien que le soutien par des pairs joue un rôle essentiel durant la convalescence des personnes atteintes de maladie mentale ou de toxicomanie, nous ignorons – du fait que ce soutien est offert au plan communautaire – le niveau d'interaction avec les professionnels de la santé et les prestataires de soins de santé mentale de même que l'incidence de cette interaction sur les soins de santé mentale axés sur la collaboration.

CE QUE NOUS POUVONS FAIRE

Bien que l'examen des initiatives de soins de santé mentale axés sur la collaboration n'était pas principalement axé sur le cadre de travail des ressources humaines en soins de santé, il a permis de faire quelques observations pertinentes¹³⁸.

- ↪ Une politique et une législation plus aidantes sont nécessaires, surtout sur le plan des stratégies de rémunération substitutives au chapitre des services, de la responsabilité professionnelle et du cadre d'exercice des médecins.
- ↪ Il faut envisager une rémunération spéciale et d'autres incitatifs visant à stimuler le recrutement et la rétention des prestataires de soins de santé primaires et de soins de santé mentale dans les régions rurales et éloignées.
- ↪ Accroître la formation des prestataires de soins de santé primaires et de santé mentale au profit des soins de santé mentale axés sur la collaboration profiterait à tous ceux qui travaillent dans le système des soins de santé et l'utilisent.
- ↪ Le recours permanent à une planification communautaire à grande échelle des soins de santé mentale axés sur la collaboration est nécessaire pour déterminer les besoins et les ressources généraux et ceux des populations spéciales.
- ↪ D'autres recherches et programmes d'évaluation sont nécessaires pour démontrer l'efficacité des soins de santé mentale axés sur la collaboration grâce aux résultats pour les usagers des soins

de santé primaires et à la diffusion stratégique des conclusions, comme le *Continuous Enhancement of Quality Measurement in Primary Mental Health Care* (amélioration continue des paramètres de mesure de la qualité des soins de santé mentale primaires) en Colombie-Britannique.¹³⁹

- ↪ Une compréhension commune des structures et des processus organisationnels caractérisant les soins de santé mentale axés sur la collaboration contribuera à l'établissement du cadre de travail approprié.
- ↪ Il faut redéfinir les rôles et comprendre la résistance au changement.
- ↪ Il faut sensibiliser les usagers, les familles et les aidants naturels et comprendre les approches interdisciplinaires à l'égard des soins de santé axés sur la collaboration.
- ↪ Il faut admettre les problèmes structurels qui compliquent parfois le travail en équipe interdisciplinaire, y compris le manque de ressources pour appuyer l'équipe, et trouver des solutions.
- ↪ Un pont est nécessaire entre les incitatifs au financement et l'engagement envers un modèle axé sur la collaboration.

Tous reconnaissent que ces obstacles doivent être abolis pour faciliter les soins de santé mentale axés sur la collaboration, mais on ne sait pas comment y parvenir. Pour mettre en œuvre un plan d'action favorisant l'avancement

des soins de santé mentale axés sur la collaboration au Canada, il faudrait tenir compte des recommandations faites dans la prochaine section.

Recommandations

1. Mise en application d'une planification efficace des ressources humaines en soins de santé mentale axés sur la collaboration

- ✎ *Mise en oeuvre d'une stratégie nationale à long terme – ébauchée au Canada – des ressources humaines en santé mentale.* Des initiatives sont en cours en vue d'élaborer une stratégie nationale des ressources humaines dans le domaine de la santé englobant toutes les professions; la santé mentale doit faire partie de ce processus, y compris l'élaboration de normes de collecte des données sur les prestataires de soins de santé mentale et la prestation des services.
- ✎ *Mise en place d'une consultation entre intervenants axée sur la collaboration.* Il doit y avoir un effort coordonné visant à inciter tous les intervenants à travailler en collaboration au chapitre des ressources en santé mentale.
- ✎ *Élaboration d'un modèle applicable aux soins de santé mentale axés sur la collaboration, comprenant ce qui suit :*
 - Élaboration de normes nationales.
 - Mise en application d'interventions fondées sur l'expérience clinique.

- Exploration d'autres modèles de service s'appuyant sur des exemples de saines pratiques.
- Évaluation des progrès.
- Élaboration d'une politique et d'instruments cliniques (actuellement en cours dans le cadre de l'ICCSM); ces instruments (comme une trousse d'outils) comprennent des règlements et des incitatifs qui influenceront sur les ressources en prestataires de soins de santé mentale, faciliteront le changement des pratiques de travail, amélioreront la réceptivité aux besoins et aux attentes des clients, assureront la création d'incitatifs qui contribueront à accroître la performance et récompenseront l'innovation.

2. Établissement de priorités de remboursement et de financement en matière de soins de santé mentale axés sur la collaboration

Des priorités doivent être établies pour offrir des programmes de financement distincts et (ou) des initiatives favorisant les soins de santé mentale axés sur la collaboration au chapitre de la formation, de la recherche et de la pratique, entre autres :

- ✎ Examen des exigences des programmes existants en matière de financement, précisément sur la façon dont les prestataires de soins de santé mentale sont financés dans les secteurs privé et public de l'assurance-maladie; cela comprend des recherches sur l'accès aux données.

- Soutien de la recherche sur les modèles de prestation des soins de santé qui favorisent la collaboration, par discipline de santé fonctionnant en équipe, dans divers cadres d'exercice.
- Exploration de modèles de rémunération substitutifs (autres qu'à l'acte) pour les prestataires de soins de santé, qui permettent aux professionnels de la santé de travailler dans des contextes axés sur la collaboration dans la prestation des soins de santé mentale. Cela pourrait comprendre des mécanismes faisant appel à la participation de tous les prestataires de soins de santé, entre autres des fonds pour les consultations.
- Élaboration de nouveaux modèles de financement stables non axés sur le volume, mais plutôt sur les besoins communautaires et les résultats du financement.
- Création d'organisations agissant comme intermédiaires entre les prestataires et les gouvernements et autorités en matière de santé; le gouvernement allouerait des fonds à ces organisations qui rémunéreraient les professionnels de la santé pratiquant la collaboration interprofessionnelle.
- Envisager de réorienter les ressources en soins de santé primaires vers de nouveaux services et prestataires.
- Maintien du recours à des sources privées de paiement des services dispensés par des non-médecins, ces dernières servant de sources de revenus

pour les nouvelles organisations de soins de santé primaires.

- Établissement d'un pont entre la réforme et les ressources disponibles, et prestation de la gamme de services qui peuvent être dispensés en tenant compte des besoins et des budgets.
- Adoption d'une approche de la santé publique qui englobe la prévention et la promotion pour financer et dispenser des soins de santé mentale axés sur la collaboration.

3. Élaboration d'un cadre de travail législatif complet en soins de santé mentale axés sur la collaboration

Il est nécessaire de réviser les règles relatives aux cadres d'exercice et d'autres règlements pour promouvoir une plus grande souplesse et favoriser la collaboration. Une stratégie de refonte de la loi suggère de confier aux organismes de réglementation des responsabilités précises prescrites par la loi en vue de faciliter, favoriser et appuyer la mise en place d'une pratique interdisciplinaire axée sur la collaboration. Un cadre de travail national est requis pour définir les cadres d'exercice, comme suit :

- *Révision des règles et règlements régissant les cadres d'exercice* influant sur la prestation des soins de santé mentale, en vue d'élaborer des propositions énonçant des moyens d'assurer que les connaissances et les compétences des prestataires de soins de santé sont pleinement utilisées et que les services de soins de santé mentale axés sur la

collaboration sont dispensés par le prestataire le mieux qualifié.

- ↪ *Promotion de la collaboration* auprès des leaders dans la communauté des soins de santé en vue d'apporter le changement. Obtenir et optimiser le soutien des prestataires de soins interdisciplinaires en santé mentale qui sont des champions supérieurs.
- ↪ *Étude de la façon dont les soins de santé mentale axés sur la collaboration modifieront le cadre d'exercice* des disciplines de la santé. La collaboration avec les organismes d'accréditation et de réglementation permettra de déterminer comment des pratiques axées sur la collaboration permettront de concrétiser les changements dans la prestation des services de soins de santé, principalement au moyen de nouvelles approches des soins de santé axés sur la collaboration.
- ↪ *Élaboration des compétences de base* pour les initiatives de soins de santé mentale axés sur la collaboration. Les organismes de réglementation et d'accréditation doivent explorer et définir les types de compétences axées sur la collaboration dont ils veulent que les professionnels de la santé fassent preuve avant de poursuivre leur formation. Si des compétences doivent être définies et intégrées aux normes d'accréditation, il faut accorder une attention spéciale aux descriptions utilisées et à la terminologie élaborée pour assurer la clarté et l'uniformité dans toutes les professions de la santé.

- ↪ *Exploration de la possibilité de modifier les exigences d'admission et d'accréditation* de manière que le contenu du programme favorise la pratique axée sur la collaboration pour satisfaire aux compétences définies¹⁴⁰. Le but n'est pas de remplacer un prestataire de soins de santé mentale par un autre, mais plutôt d'examiner les compétences uniques que chacun apporte à l'équipe et de coordonner le déploiement de ces dernières.
- ↪ *Exécution d'autres recherches sur les fautes professionnelles et la responsabilité professionnelle* par la création d'une coalition nationale des organismes de réglementation provinciaux et territoriaux en vue de mettre en œuvre la réforme législative. L'élaboration de déclarations conjointes par les fournisseurs d'assurance responsabilité professionnelle, comme l'Association canadienne de protection médicale et la Société de protection des infirmiers et infirmières du Canada, permettra d'informer et d'éduquer les prestataires de soins de santé mentale quant à leurs responsabilités et aux questions de responsabilité professionnelle particulières à un milieu de travail axé sur la collaboration.

4. Élaboration d'un cadre de travail politique en soins de santé mentale axés sur la collaboration

On pourrait prendre en compte les recommandations politiques suivantes :

- ↪ Maintenir un recours souple à des prestataires non-médecins grâce à des lois régissant « tout prestataire consentant » et à l'élargissement des lois provinciales relatives à la pratique, pour assurer aux professionnels la possibilité de maximiser l'utilisation de leurs compétences et aptitudes reconnues.
- ↪ Soutenir que les modifications des lois fédérales, provinciales et territoriales portant sur la couverture des soins de santé (y compris la *Loi canadienne sur la santé*) incluent la parité dans le financement des soins de santé mentale.
- ↪ Implanter une base de données nationale normalisée des effectifs de travailleurs en soins de santé.
- ↪ Normaliser les indicateurs de qualité de la santé mentale, y compris la stratification entre les types de prestataires, les compétences culturelles et les normes d'accès linguistique.
- ↪ Accroître le financement de la recherche sur les services en santé mentale de manière à déterminer l'efficacité et la gamme optimale de prestataires de soins de la santé mentale parmi les divers types d'organisations.

5. Établissement d'une étude de cas pour la formation interprofessionnelle en santé mentale et en toxicomanie

- ↪ Réviser les programmes de formation et de perfectionnement existants à l'intention des prestataires de soins de santé mentale pour qu'ils soient focalisés sur les approches intégrées. Les programmes de formation doivent être modifiés de manière à se concentrer davantage sur des approches en équipe intégrées afin de combler les besoins de soins et de services de santé mentale et de favoriser les pratiques exemplaires.
- ↪ Proposer que les établissements d'enseignement adaptent des programmes de formation afin qu'ils soient conçus pour les futurs professionnels du secteur de la santé mentale et des services sociaux, et puissent répondre aux nouvelles réalités du système de santé et satisfaire aux exigences inhérentes au travail en équipes interdisciplinaires.

CONCLUSION

Les soins de santé axés sur la collaboration, y compris la prestation des services en santé mentale et toxicomanie, gagnent du terrain, mais ils sont freinés par divers obstacles et le manque de connaissances quant aux possibilités qu'offre la pratique interprofessionnelle pour assurer la gestion efficace des ressources humaines en santé et améliorer les résultats pour les patients. Il y a de plus en plus de documentation internationale et d'exemples décrivant des approches permettant de surmonter ces obstacles. Le Canada doit explorer et évaluer pleinement son adaptabilité pour la réforme des soins de santé mentale, en vue de combler les besoins des usagers, des familles et des aidants naturels.

Il ne fait aucun doute qu'un système cohérent de prestation de soins de santé mentale est indispensable. Pour créer un tel système, il faut obtenir un financement engagé appuyant la prestation de soins de santé mentale axés sur la collaboration. En vue d'assurer une collaboration efficace, il faudra élaborer des

stratégies pour traiter les enjeux liés aux effectifs de traitement en santé mentale et en toxicomanie, aux cadres d'exercice ainsi qu'à la formation et au perfectionnement interprofessionnels.

Des recherches révèlent qu'il y a une pénurie de main-d'œuvre en santé mentale et qu'il faut mettre à contribution les prestataires de soins de santé mentale dans l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies et de programmes à tous les niveaux. Certaines administrations canadiennes ont pris des mesures en vue de surmonter les obstacles nuisant aux soins de santé mentale axés sur la collaboration, au moyen de projets-pilotes. Il reste encore beaucoup à faire pour créer un système national efficace.

La collaboration est réalisable. Toutefois, pour assurer le succès, il faut abolir à tous les niveaux les obstacles qui lui nuisent. Le présent document donne un aperçu de certains problèmes qui nuisent à une collaboration fructueuse.

RÉFÉRENCES

Tous les liens ont été vérifiés le 23 août 2005.

- « Accord de 2003 des Premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé » [document en ligne mis à jour le 1^{er} octobre 2004], Santé Canada, Ottawa, 2003. Disponible à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/accord_f.html
- ADAIR, C. E., T. C. WILD, A. JOYCE, G. MCDUGALL, A. GORDON, N. COSTIGAN, C. MITTON, M. LU. « Continuity of mental health services study of Alberta: a research program on continuity of mental health care » Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, avril 2004. Disponible à l'adresse http://www.chsrf.ca/final_research/ogc/pdf/adair_e.pdf.
- AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. « Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins de la santé mentale », préparé pour le compte du Réseau de consultation sur la santé mentale fédéral, provincial et territorial de Santé Canada, Ottawa, 1997. Disponible à l'adresse http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/mentalhealth/pubs/bp_review/e_index.html OU http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/mentalhealth/pubs/bp_review/pdf/e_bp-rev.pdf.
- ALBERTA COLLEGE OF PHARMACISTS STEERING COMMITTEE ON PHARMACISTS PRESCRIBING. « Optimizing drug therapy in Alberta: pharmacists independently prescribing in a collaborative health team environment » Edmonton, Alberta : ACP, septembre 2002. Disponible à l'adresse http://www.altapharm.org/ims/client/upload/PP_4_072803.pdf.
- ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE. « Physician responsibility in team structures of interest to all physicians » bulletin d'information, décembre 2000, p. 15.
- ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE et SOCIÉTÉ DE PROTECTION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA. « Énoncé commun de l'ACPM et de la SPIIC sur la protection en matière de responsabilité professionnelle des infirmières praticiennes et des médecins en pratique collaborative », mars 2005 publié dans l'Ontario Medical Review, mai 2005, vol. 72, n° 5, p. 44-46. Disponible à l'adresse http://www.oma.org/pcomm/OMR/may/May05_p43_RNEC_Liability2.pdf.
- ASSOCIATION CANADIENNE DES TRAVAILLEUSES ET TRAVAILLEURS SOCIAUX. « Énoncé de l'ACTS – Le champ de pratique du service social : approuvé par le Conseil de l'ACTS », ACST, Ottawa, mars 2000. Disponible à l'adresse <http://www.casw-acts.ca/>.
- ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE. « Accès aux services de santé mentale : questions, obstacles et recommandations pour une intervention du gouvernement fédéral », mémoire soumis au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie – Santé mentale et maladie mentale : phase un, ACSM, Toronto, juin 2003.
- ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA. « Building a stronger, viable, publicly funded, not-for-profit health system » [déclaration], AIIC; Ontario, septembre 2004.
- ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA. « Helping to sustain Canada's health system: nurse practitioners in primary health care » AIIC, Ottawa, novembre 2003.
- ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE. « Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : présentation au Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie », AMC, Ottawa, avril 2005. Disponible à l'adresse http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cma/Submissions/2005/English/Brief-Mental-Health-final.pdf

- ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE, ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA et ASSOCIATION DES PHARMACIENS DU CANADA. « Prise de position conjointe. Politique sur les champs d'exercice » [réaffirmé en juin 2003], AIIC, Ottawa, avril 2003. Disponible à l'adresse http://www.cna-nurses.ca/CNA/documents/pdf/publications/PS66_Scopes_of_practice_June_2003_f.pdf
- BLOOR K. ET A. MAYNARD. « Planning human resources in health care: towards an economic approach. An international comparative review ». Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, mars 2003. Disponible à l'adresse : <http://www.eldis.org/static/DOC12175.htm>.
- BORRILL, C.S., J. CARLETTA, A. J. CARTER, J. F. DAWSON, S. GARROD, A. REES, A. RICHARDS, D. SHAPIRO et M. A. WEST. « The effectiveness of health care teams in the National Health Service » University of Aston, Universities of Glasgow and Edinburgh, University of Leeds, 2000. Disponible à l'adresse <http://homepages.inf.ed.ac.uk/jeanc/DOH-final-report.pdf>.
- BORRILL, C., M. WEST, J. DAWSON, D. SHAPIRO, A. REES, A. RICHARDS, S. GARROD, J. CARLETTA et A. CARTER. « Team working and effectiveness in health care: findings from the Health Care Team Effectiveness Project » [brochure], R.-U. : Aston University, University of Leeds, Universities of Glasgow and Edinburgh, 2003. Disponible à l'adresse <http://homepages.inf.ed.ac.uk/jeanc/DOH-glossy-brochure.pdf>.
- BOSCO, C. « Health policy and IECPCP » dans I. OANDASAN, D. D'AMOUR, M. ZWARENSTEIN, K. BARKER, M. PURDEN, M. BEAULIEU, S. REEVES, L. NASMITH, C. BOSCO, L. GINSBURG et D. TREGUNNO. « Formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient : rapport de recherche », Santé Canada, Ottawa, février 2004. p. 203-223. Disponible à l'adresse http://www.medfam.umontreal.ca/chaire_sadok_besrou/ressource/PDF/IECPCP_Final_Report.pdf.
- BUSKE, L. et S. NEWTON. « An overview of Canadian physician work force databases » Clin Perform Qual Health Care, avril à juin 1997, vol. 5, n° 2, p. 56-60. <PubMed>
- CLÉMENT, M., D. AUBÉ, N. BOLDUC, J. DAMASSE, C. BEAUCAGE et M. TREMBLAY. « Continuity of care for people with a concomitant mental illness and addiction problem: responsibility of users and organizational perspective » Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, Ottawa, juillet 2003. Disponible à l'adresse http://www.chsrf.ca/final_research/ogc/clements_e.php OU http://www.chsrf.ca/final_research/ogc/pdf/clements_e.pdf.
- COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES SERVICES SOCIAUX, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE du gouvernement du Canada. « La santé des Canadiens : le rôle du gouvernement fédéral – Rapport final sur l'état du système de soins de la santé au Canada. » (président : Michael J.L. Kirby), Ottawa Vol. 2 : tendances actuelles et défis futurs, janvier 2002. Disponible à l'adresse <http://www.parl.gc.ca/37/1/parlbus/commbus/senate/com-e/SOCI-E/rep-e/repjan01vol2-e.htm>; Vol. 4 : Questions et options, septembre 2001. Disponible à l'adresse <http://www.parl.gc.ca/37/1/parlbus/commbus/senate/com-e/SOCI-E/rep-e/repintsep01-e.htm>; Vol. 5 : Principes et recommandations en vue d'une réforme – Partie 1, avril 2002. Disponible à l'adresse <http://www.parl.gc.ca/37/1/parlbus/commbus/senate/com-e/SOCI-E/rep-e/repapr02vol5-e.htm>; Vol. 6 : Recommandations en vue d'une réforme, octobre 2002. Disponible à l'adresse <http://www.parl.gc.ca/37/2/parlbus/commbus/senate/com-e/soci-e/rep-e/repoct02vol6-e.htm>.

- COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES SERVICES SOCIAUX, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE du gouvernement du Canada. « Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Aperçu des politiques et des programmes au Canada – Rapport provisoire 1 », (président : Michael J.L. Kirby), Ottawa, novembre 2004. Disponible à l'adresse <http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-e/soci-e/rep-e/repintnov04-e.htm>.
- COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES SERVICES SOCIAUX, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE du gouvernement du Canada. « Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Politiques et programmes de certains pays en matière de santé mentale – Rapport provisoire 2 », (président : Michael J.L. Kirby), Ottawa, novembre 2004. Disponible à l'adresse <http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-e/soci-e/rep-e/repintnov04-e.htm>.
- COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES SERVICES SOCIAUX, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE du gouvernement du Canada. « Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Problèmes et options pour le Canada – Rapport provisoire 3 », (président du conseil : Michael J.L. Kirby), Ottawa, novembre 2004. Disponible à l'adresse <http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-e/soci-e/rep-e/repintnov04-e.htm>.
- COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. « Les solutions émergentes », rapport et recommandations de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, Trois-Rivières (Québec), décembre 2000. (président : Michel Clair) Disponible à l'adresse <http://msss.gouv.qc.ca/documentation/publications.html>.
- COMMISSION SUR L'AVENIR DES SOINS DE SANTÉ AU CANADA. « Préparer l'avenir des soins de santé au Canada », rapport préliminaire, Santé Canada, Ottawa, février 2002. (Commissaire : Roy J. Romanow). Disponible à l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/english/care/romanow/hcc0087.html>.
- COMMISSION SUR L'AVENIR DES SOINS DE SANTÉ AU CANADA. « Rapport final – Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada », Son Excellence la Gouverneure en conseil, Ottawa, novembre 2002. (Commissaire : Roy J. Romanow). Disponible à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/francais/pdf/romanow/CSS_Rapport_final.pdf.
- COMMITTEE ON COLLABORATION AND INNOVATION. « Going further: building on a framework for reform » (aller de l'avant : mettre en place un cadre de travail pour la réforme), gouvernement de l'Alberta, Edmonton, septembre 2002. Disponible à l'adresse http://www.health.gov.ab.ca/resources/publications/pdf/going_further_reform.pdf.
- CONSEIL CONSULTATIF DE RÉGLEMENTATION DES PROFESSIONS DE LA SANTÉ DE L'ONTARIO. « Sunrise/sunset and changes in scopes of practice criteria review: an HPRAC discussion paper » (montée/déclin et changement des critères d'examen des cadres d'exercice : un document de travail du CCRPSO), Toronto, juin 2003. Disponible à l'adresse <http://www.hprac.org/downloads/criteriareview/HPRAC-DiscussionPaper-May30-03.pdf>.
- CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ. « Renouvellement des soins de santé au Canada : Accélérer le changement », Toronto, janvier 2005. Disponible à l'adresse http://hcc-ccs.com/report/Annual_Report/report_index.aspx.
- LE CONSEIL DU PREMIER MINISTRE SUR LA QUALITÉ DES SOINS DE SANTÉ AU NOUVEAU-BRUNSWICK. « Renouvellement du système de santé : Document de travail », Fredericton (N.-B), janvier 2002. Disponible à l'adresse <http://www.gnb.ca/0089/cpqs/pdfs/healthfr.pdf>.

- CREED, F., J. GOWRISUNKUR, E. RUSSELL et J. KINCEY. « General practitioner referral rates to district psychiatry and psychology services » *Br J Gen Pract*, vol. 40, n° 340, novembre 1990, p. 450-454. <PubMed>
- CUMMINS, R. O., R. W. SMITH et T. S. INUI. « Communication failure in primary care. Failure of consultants to provide follow-up information » *JAMA*, vol. 243, n° 16, avril 1980, p. 1650-1652. <PubMed>
- CURRAN, V. « La formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur les patients – Document de synthèse de recherche » [document en ligne mis à jour le 20 mai 2004], Santé Canada, Ottawa, 2004. Disponible à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/interprof/synth_e.html.
- DEBER, R. et A. BAUMANN. « Facteurs qui favorisent et entravent l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires », Initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaire, mars 2005. Disponible à l'adresse <http://www.eicp-acis.ca/en/ressources/pdfs/Barriers-and-Facilitators-to-Enhancing-Interdisciplinary-Collaboration-in-Primary-Health-Care.pdf>.
- DEWA, C. S., J. S. HOCH et P. GOERING. « Using financial incentives to promote shared mental health care » *Can J Psychiatry*, vol. 46, n° 6, août 2001, p. 488-495. <PubMed>
- DUHAIME, L. « Tort law in Canada » 1996. Disponible à l'adresse <http://www.duhaime.org/Tort/tort1.aspx>.
- EL-JARDALI, F. et C. FOOKS. « Analyse contextuelle des points de vue actuels sur les ressources humaines en matière de santé au Canada : Problèmes relevés, solutions proposées et analyse des écarts », préparé en vue du Sommet national sur les ressources humaines en santé à la demande du Conseil canadien de la santé, Toronto, juin 2005. Disponible à l'adresse http://www.hcc-ccs.com/docs/summit05_EnvironScanFRE.pdf.
- ELLIS, R. P. « Reimbursement systems and the behavior of mental health providers » *Int J Law Psychiatry*, vol. 14, n° 4, 1991, p. 347-362. <PubMed>
- FLEURY, M. J., C. MERCIER, A. LESAGE, Y. OUADAHI, G. GRENIER, D. AUBE, M. PERREAULT et L. R. POIRIER. « Réseaux intégrés de services et réponse aux besoins des personnes avec des troubles graves de santé mentale », Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, Ottawa, novembre 2004. Disponible à l'adresse http://www.chsrf.ca/final_research/ogc/fleury_e.php.
- FONDATION CANADIENNE DE LA RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTÉ. « Table ronde sur la planification intégrée des ressources humaines de la santé », FCRSS, Ottawa, mai 2003. Disponible à l'adresse http://www.chsrf.ca/other_documents/event_reports/hr_roundtable_e.php OU http://www.chsrf.ca/other_documents/event_reports/pdf/hhr_roundtable_report_e.pdf.
- FOOKS, C., K. DUVALKO, P. BARANEK, L. LAMOTHE et K. RONDEAU. « La planification des ressources humaines en santé au Canada : Les enjeux des professions médicale et infirmière », Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Ottawa, octobre 2002. Disponible à l'adresse <http://www.cprn.org/en/doc.cfm?doc=125> OU http://www.cprn.org/documents/14878_en.pdf.
- FOOKS, C. et S. LEWIS. « Romanow and beyond: a primer on health reform issues in Canada » préparé pour le compte des Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Ottawa, novembre 2002. Disponible à l'adresse <http://www.cprn.org/en/doc.cfm?doc=130> OU http://www.cprn.org/documents/15525_en.pdf.

- FOOKS, C. et L. MASLOVE. « Health human resources policy initiatives for physicians, nurses and pharmacists » préparé pour le compte des Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Ottawa, octobre 2004. Disponible à l'adresse <http://www.cprn.org/en/doc.cfm?doc=1112> OU http://www.cprn.org/documents/32547_en.pdf.
- FUJITSU CONSULTING (CANADA). « Health human resources supply and demand analysis » Rapport final, pour le compte du ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick, Fredericton, novembre 2002. Disponible à l'adresse <http://www.gnb.ca/0051/pdf/HRStudy/SupplyandDemandAnalysis.pdf>.
- GAGNÉ, M. A. « Avancement des objectifs des soins de santé mentale axés sur la collaboration au Canada », préparé pour le compte de l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, Mississauga (Ontario), 2005. Disponible à l'adresse <http://www.iccsm.ca>.
- GAGNÉ, M. A. « 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 », préparé pour le compte de l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, Mississauga (Ontario), 2005. Disponible à l'adresse <http://www.iccsm.ca>.
- GOLDNER, E. M. « De la connaissance à la pratique : Le Fonds pour l'adaptation des services de santé – Série de rapports de synthèse : La santé mentale », préparé pour le compte de Santé Canada, Ottawa, 2002. Disponible à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/htf-fass/francais/mental_en.pdf.
- GOW, T. et M. MACNIVEN. « Soins de santé mentale axés sur la collaboration : Un examen d'initiatives internationales choisies », [document de référence interne], préparé pour le compte de l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, Mississauga (Ontario), 2004.
- GROUPE DE TRAVAIL CANADIEN SUR LE PERMIS D'EXERCICE DES DIPLÔMÉS INTERNATIONAUX EN MÉDECINE. « Rapport du Groupe de travail canadien sur le permis d'exercice des diplômés internationaux en médecine », Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines, Ottawa, février 2004. Disponible à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss-alt_formats-hpb-dgps-pdf-hhr-medical-graduates_fr.pdf.url.
- HOLLANDER, M., M. ANDERSON, F. BELAND, B. HAVENS, J. KEEFE, W. LAWRENCE, K. PARENT et R. RITTER DES HOLLANDER ANALYTICAL SERVICES. « The identification and analysis of incentives and disincentives and cost-effectiveness of various funding approaches for continuing care: final report » préparé pour le compte du groupe de travail sur les soins prolongés du Comité consultatif fédéral, provincial et territorial, Ottawa, mai 2000. Disponible à l'adresse <http://www.hollanderanalytical.com/downloads/id-final.pdf>.
- HOLLANDER, M. J., R. DEBER et P. JACOBS, ÉDITEURS. « A critical review of models and resource allocation and reimbursement in health care: a report prepared for the Ontario Ministry of Health » publié par les Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Victoria (C.-B), juin 1998.
- HOLMWOOD, C., G. GROOM et S. NICHOLSON. « Mental health shared care in Australia 2001: report for the Commonwealth Department of Health and Aged Care » Flinders University, Adelaïde, Australie-Méridionale, juin 2001. Disponible à l'adresse <http://www.parc.net.au/ShareCareReview.pdf>.

- INITIATIVE POUR L'AMÉLIORATION DE LA COLLABORATION INTERDISCIPLINAIRE DANS LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES. « Rapport de groupe de travail sur les facteurs qui favorisent et entravent l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires », Initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires, Ottawa, mai 2005. Disponible à l'adresse <http://www.eicp-acis.ca/en/said/consultation/barriers/Barriers-and-Enabling-Factors-Task-Force-Groups-Report.pdf>
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. « Les soins de santé au Canada, 2004 », ICIS, Ottawa, 2004. Disponible à l'adresse http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=AR_43_E.
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. « Tendances relatives au personnel de la santé au Canada, 1993 à 2002 », ICIS, Ottawa, novembre 2004. Disponible à l'adresse http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=AR_21_E.
- IVEY, S. L., R. SCHEFFLER ET J. L., ZAZZALI. « Supply dynamics of the mental health workforce: implications for health policy » *Milbank Q*, vol. 76, n° 1, 1998, p. 25-58. <PubMed>
- KAMEROW, D.B. et B. J. BURNS. « The effectiveness of mental health consultation and referral in ambulatory primary care: a research lacuna » *Gen Hosp Psychiatry*, vol. 9, n° 2, mars 1987, p. 111-117. <PubMed>
- KASMAN, N. et C. HAY. « Incidence 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 » [document de travail], préparé pour le compte de l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, Mississauga (Ontario), 2005.
- KATES, N. et S. ACKERMAN, ÉDITEURS. « Les soins de santé mentale partagés au Canada : un exposé de principe », document préparé par le groupe de travail conjoint de l'Association des psychiatres canadiens et du Collège des médecins de famille du Canada, printemps 2002. Disponible à l'adresse <http://www.shared-care.ca/pdf/compendium.pdf>.
- KAZANJIAN, A., R. J. REID, N. PAGLICCIA, L. APLAND et L. WOOD. « Issues in physician resources planning in BC: key determinants of supply and distribution, 1991-96 » rapport préparé pour le compte du Centre for Health Services and Policy Research de l'University of British Columbia et présenté au Post-Graduate Medical Education Advisory Committee, Vancouver (C.-B), juin 2000. Disponible à l'adresse http://www.chspr.ubc.ca/hhru/pdf/hhru00-02_pgme.pdf.
- KLAIMAN, D. « Améliorer l'accès aux services d'ergothérapie dans les soins de santé primaires », *Ergothérapie en ligne*, vol. 6, n° 1, janvier/février 2004. Disponible à l'adresse <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=1031>.
- LAHEY, W. et R. CURRIE. « Regulatory and medico-legal barriers to interprofessional practice » *J Interprof Care*, vol. 19, suppl. n° 1, mai 2005, p. 197-223. <PubMed>
- LAHEY, W. et R. CURRIE. « Regulatory and medico-legal barriers to interdisciplinary practice » préparé pour le compte de Santé Canada, Ottawa, 2004.
- LIPKIN, M. JR. « Psychiatry and primary care: two cultures divided by a common cause » *New Dir Ment Health Serv*, n° 81, printemps 1999, p. 7-15. <PubMed>

- MABLE, A. L. et J. MARRIOTT. « De la connaissance à la pratique : série de rapports de synthèse du Fonds pour l'adaptation des services de santé : Les soins primaires », préparé pour le compte de Santé Canada, Ottawa, 2002. Disponible à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/htf-fass/francais/primary_en.pdf.
- MABLE, A. L. et J. MARRIOTT. « État stable – Parvenir à un équilibre qui soit durable : Examen international de la planification des effectifs de la santé », préparé pour le compte de Santé Canada, Ottawa, août 2001. Disponible à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/healthcare/pubs/steady_state/index.html OU http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/healthcare/pdf/steady_state.pdf.
- MACFARLANE, D. « État actuel des soins de santé mentale axés sur la collaboration », préparé pour le compte de l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, Mississauga (Ontario), 2005. Disponible à l'adresse <http://www.iccsn.ca>.
- MAYNARD, A. « Developing human resources » dans : « Unleashing innovation in health systems » publié dans le cadre du Symposium sur la santé tenu en Alberta du 3 au 5 mai 2005, Calgary (Alberta). Disponible à l'adresse <http://www.health.gov.ab.ca/Symposium/> OU <http://www.health.gov.ab.ca/Symposium/PDF/010Maynard.pdf>.
- MCVICAR, J. D., D. R. DEACON, V. CURRAN et P. CORNISH. « Initiatives de formation interprofessionnelle en soins de santé mentale axés sur la collaboration », préparé pour le compte de l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, Mississauga (Ontario), 2005. Disponible à l'adresse <http://www.iccsn.ca>.
- MED-EMERG INTERNATIONAL; CENTRE FOR STRATEGIC MANAGEMENT. « Team development and implementation in Saskatchewan's primary health care sector » rapport final présenté à la direction des Primary Health Services Branch du ministère Saskatchewan Health, Regina (Saskatchewan), avril 2004. Disponible à l'adresse http://www.health.gov.sk.ca/ps_phs_teamdev.pdf.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ du gouvernement de la Nouvelle-Zélande. « Moving forward: the National Mental Health Plan for more and better services » Wellington, juillet 1997. Disponible à l'adresse [http://www.moh.govt.nz/mohtest.nsf/ea6005dc347e7bd44c2566a40079ae6f/11c63c69edc27d114c25667a0074d3de/\\$FILE/mvgfwd.pdf](http://www.moh.govt.nz/mohtest.nsf/ea6005dc347e7bd44c2566a40079ae6f/11c63c69edc27d114c25667a0074d3de/$FILE/mvgfwd.pdf) OU <http://www.moh.govt.nz/mohtest.nsf/ea6005dc347e7bd44c2566a40079ae6f/11c63c69edc27d114c25667a0074d3de?OpenDocument>. [mis à jour le 24 septembre 1997]
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA NOUVELLE-ÉCOSSE. « Health professions regulation. Proposal for legislative change » Halifax, mars 2004. Disponible à l'adresse <http://www.gov.ns.ca/health/downloads/HP%20Act%20Paper.pdf>.
- NATIONAL HEALTH SERVICE du ministère de la santé du Royaume-Uni. « A National Service Framework for mental health: modern standards & service models: mental health » Londres, septembre 1999. Disponible à l'adresse http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4009598&chk=jmAMLk.
- NATIONAL HEALTH SERVICE du ministère de la santé du Royaume-Uni. « Effective care co-ordination in mental health services: modernising the care programme approach – a policy booklet » Londres, janvier 1999. Disponible à l'adresse <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/05/72/70/04057270.pdf>.
- NATIONAL HEALTH SERVICE du ministère de la santé du Royaume-Uni. « Mental health policy implementation guide: community mental health teams » Londres, juin 2002. Disponible à l'adresse <http://www.nimhe.org.uk/downloads/CMHTguidance.pdf>.

- NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH des États-Unis. « NIH summary of workforce planning » Washington, août 2004. Disponible à l'adresse <http://hr.od.nih.gov/WF-Plng/NIHWFPsum.pdf> OU <http://hr.od.nih.gov/WF-Plng/default.htm>.
- NATIONAL MENTAL HEALTH WORKFORCE DEVELOPMENT CO-ORDINATING COMMITTEE de la Nouvelle-Zélande. « A competency framework for mental health workforce » Wellington, juillet 1999. Disponible à l'adresse http://www.mhc.govt.nz/publications/1999/Competency_Framework.pdf.
- « National practice standards for the mental health workforce » appuyé par l'AHMAC National Mental Health Working Group, septembre 2002, Australie : stratégie nationale de santé mentale; septembre 2002. Disponible à l'adresse http://www.aasw.asn.au/adobe/publications/mental/MH_endorsed_prac_standards.pdf.
- NATIONAL SERVICE FRAMEWORK WORKFORCE ACTION TEAM du Sainsbury Centre for Mental Health du Royaume-Uni. « The capable practitioner » Londres, avril 2001. <Texte intégral>
- NOLTE, J. et M. TREMBLAY. « Amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires au Canada », préparé pour le compte de l'Initiative pour l'amélioration de la collaboration dans les soins de santé primaires, Ottawa, avril 2005. Disponible à l'adresse <http://www.eicp-acis.ca/en/ressources/pdfs/Enhancing-Interdisciplinary-Collaboration-in-Primary-Health-Care-in-Canada.pdf>.
- NORTH SOUTH GROUP INC. « Étude documentaire et analyse du contexte entourant les pratiques privilégiées de déploiement des ressources humaines en santé et les outils d'aide à la décision : Rapport final », préparé pour le compte de Santé Canada, Ottawa, juin 2004. Disponible à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/care-soins/2004-hhr-rhs-tools-outils/index_e.html.
- NOVA SCOTIA ADVISORY COMMITTEE ON PRIMARY HEALTH CARE RENEWAL du ministère de la santé de la Nouvelle-Écosse. « Primary health care renewal action for healthier Nova Scotians » mai 2003, Halifax. Disponible à l'adresse http://www.gov.ns.ca/health/primaryhealthcare/acphcr_report.htm OU <http://www.gov.ns.ca/health/primaryhealthcare/Final%20Report%20May%202003.pdf>.
- OANDASAN, I., D. D'AMOUR, M. ZWARENSTEIN, K. BARKER, M. PURDEN, M. BEAULIEU, S. REEVES, L. NASMITH, C. BOSCO, L. GINSBURG ET D. TREGUNNO. « Formation interdisciplinaire pour une pratique en collaboration centrée sur le patient : un cadre conceptuel évolutif : rapport de recherche », préparé pour le compte de Santé Canada, Ottawa, février 2004. Disponible à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/interprof/summ-somm_f.html.
- ONTARIO MEDICAL ASSOCIATION et REGISTERED NURSES ASSOCIATION OF ONTARIO. « The RN(EC)-GP relationship: a good beginning » Toronto, Goldfarb Intelligence Marketing, mai 2003. Disponible à l'adresse <http://www.oma.org/pcomm/omarnaoreport2003.pdf>.
- PARSELL, G. et J. BLIGH. « Interprofessional learning » Postgrad Med J, vol. 74, n° 868, février 1998, p. 89-95. <PubMed>
- PAUTLER, K. et M.A. GAGNE. « Bibliographie annotée des soins de santé mentale axés sur la collaboration », préparé pour le compte de l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, Mississauga (Ontario), 2005. Disponible à l'adresse <http://www.iccsm.ca>.

- PAWLENKO, N. « Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires au Canada : Un examen des politiques », préparé pour le compte de l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, Mississauga (Ontario), 2005. Disponible à l'adresse <http://www.iccsm.ca>.
- PEARSON, P. et K. JONES. « The primary health care non-team » [éditorial], *BMJ*, vol. 309, n° 6966, 26 novembre 1994, p. 1387-1388. <PubMed>
- POIRIER, L. R., M. CAULET, L. FOURNIER, C. MERCIER, D. WHITE et A. LESAGE. « Évaluation de l'efficacité du réseau de services offerts aux personnes ayant des problèmes de santé mentale graves vivant dans la communauté », préparé pour le compte de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, Ottawa, octobre 2001. Disponible à l'adresse http://www.chsrf.org/final_research/ogc/pdf/poirier_final.pdf OU http://www.chsrf.ca/final_research/ogc/pdf/poirier_e.pdf.
- PONG, R., D. SAUNDERS, J. CHURCH, M. WANKE et P. CAPPON. « Ressources humaines en santé dans le domaine des soins de santé communautaires : Revue de la documentation », préparé pour le compte de Santé Canada, Ottawa, 1995. Disponible à l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/healthcare/building.htm> OU <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/healthcare/pdf/health.pdf>.
- PREMIER'S ADVISORY COUNCIL ON HEALTH FOR ALBERTA. « A framework for reform: report of the Premier's Advisory Council on Health » Edmonton (Alberta), The Council, décembre 2001, (président : Don Mazankowski). Disponible à l'adresse <http://www.premiersadvisory.com/reform.html> OU http://www.premiersadvisory.com/pdf/PACH_report_final.pdf.
- « President's New Freedom Initiative for people with disabilities: the 2004 progress report » Gouvernement des États-Unis, Washington (DC), mars 2004. Disponible à l'adresse <http://www.whitehouse.gov/infocus/newfreedom/>.
- PRINGLE, D., C. LEVITT, M. E. HORSBURGH, R. WILSON et M. K. WHITTAKER. « La collaboration interdisciplinaire et la réforme des soins de santé primaires [éditorial] [article offert en français et en anglais], *Le Médecin de famille canadien*, vol. 46, n° 4, avril 2000, p. 763-765 et 771-774. <PubMed> Disponible à l'adresse http://www.cfpc.ca/cfp/2000/vol46-2000-pdfs/apr00%20pdfs/vol46_apr00_editorial_2_fr.pdf.
- RAHIM-JAMAL, S. « Mental health workforce. General analysis » pour le compte du Centre for Health Services and Policy Research de l'University of British Columbia, Vancouver (C.-B.), janvier 2001. Disponible à l'adresse <http://www.chspr.ubc.ca/hhru/pdf/hhru01-02W.pdf>.
- « Rencontre des Premiers ministres sur les soins de santé. Un plan décennal pour consolider les soins de santé », Santé Canada, Ottawa, 2004. Disponible à l'adresse http://www.scics.gc.ca/cinfo04/800042005_f.pdf
- SANTÉ CANADA. « Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires. Rapport préliminaire », Ottawa, avril 2005. Disponible à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/index_f.html
- SANTÉ CANADA. « Les ressources humaines en santé ». Bulletin de recherche sur les politiques de santé, n° 8, mai 2004, p. 1-48. Disponible à l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/arad-draa/english/rmdd/bulletin/ehuman.html> OU <http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/arad-draa/english/rmdd/bulletin/ehuman.pdf>.

- SANTÉ CANADA. « Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : aperçu des politiques et des programmes au Canada : A Report on mental illness in Canada » Ottawa, octobre 2002. Disponible à l'adresse http://www.cmha.ca/data/1/rec_docs/171_full_report_mic.pdf.
- SANTÉ CANADA, STRATÉGIE EN MATIÈRE DE RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ, POLITIQUE EN MATIÈRE DE SANTÉ ET AGENCE DE COMMUNICATIONS. « Labour market and human resources issues facing the complementary and alternative health care sector: challenges and opportunities » Ottawa, janvier 2002.
- SOCIÉTÉ DE LA MÉDECINE RURALE DU CANADA. « Nurse practitioners and rural medicine: voices from the field » *Can J Rural Med*, vol. 3, n° 3, été 1998, p. 159-162. <Texte intégral>
- STANSFELD, S. A., C. A. LEEK, W. TRAVERS, T. TURNER. « Attitudes to community psychiatry among urban and rural general practitioners » *Br J Gen Pract*, vol. 42, n° 361, août 1992, p. 322-325. <PubMed>
- STONEBRIDGE, C. « Individual providers and health care organizations in Canada » préparé pour le compte de l'Initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires, Ottawa, février 2005. Disponible à l'adresse <http://www.eicp-acis.ca/en/resources/pdfs/Individual-Providers-and-Health-Care-Organizations-in-Canada.pdf>.
- TOMBLIN MURPHY, G. et L. O'BRIEN-PALLAS. « The development of a national minimum data set for health human resources in Canada: beginning the dialogue » préparé pour le compte de l'Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, août 2004. Disponible à l'adresse http://secure.cihi.ca/cihiweb/en/downloads/National_Minimum_Data_Set_for_HHR-Beginning_the_Dialogue.pdf.
- TOMBLIN MURPHY, G. et L. O'BRIEN-PALLAS. « Guidance document for the development of data sets to support health human resources management in Canada » préparé pour le compte de l'Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, février 2005. Disponible à l'adresse http://secure.cihi.ca/cihiweb dispPage.jsp?cw_page=GR_1213_E.
- VON KORFF, M. et L. MYERS. « The primary care physician and psychiatric services » *Gen Hosp Psychiatry*, vol. 9, n° 4, juillet 1987, p. 235-240. <PubMed>
- WATSON, D. et S. WONG. « Canadian policy context: interdisciplinary collaboration in primary health care », préparé pour le compte de l'Initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires et publié dans *Amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires*, Ottawa, février 2005. Disponible à l'adresse <http://www.eicp-acis.ca/en/resources/pdfs/Canadian-Policy-Context-Interdisciplinary-Collaboration-in-Primary-Health-Care.pdf>.
- WAY, D., L. JONES et N. B. BASKERVILLE. « Improving the effectiveness of primary health care delivery through nurse practitioner / family physician structured collaborative practice: final report » pour le compte de l'Université d'Ottawa, Ottawa, mars 2001. Disponible à l'adresse http://www.uottawa.ca/academic/med/family/pdf/research/np_fp/final_report.pdf.
- WAY, D. O., N. BUSING et L. JONES. « Implementation strategies: collaboration in primary care — family doctors and nurse practitioners delivering shared care » préparé pour le compte du Collège des médecins de famille de l'Ontario, Toronto, mai 2000. Disponible à l'adresse http://www.medicine.uottawa.ca/family/pdf/research/np_fp/ocfp_paperho.pdf.
- WILLIAMS, P. et B. B. WALLACE. « General practitioners and psychiatrists — do they communicate? » *Br Med J*, vol. 1, n° 906, 16 mars 1974, p. 505-507. <PubMed>

- ZWARENSTEIN, M. et W. BRYANT. « Interventions to promote collaboration between nurses and doctors » Cochrane Database Syst Rev, n° 2, 2000, CD000072. <PubMed>
- ZWARENSTEIN, M., W. BRYANT et S. REEVES. « In-service interprofessional education improves inpatient care and patient satisfaction » J Interprof Care, vol. 17, n° 4, novembre 2003, p. 401-402. <PubMed>
- ZWARENSTEIN, M., S. REEVES, H. BARR, M. HAMMICK, I. KOPPEL et J. ATKINS. « Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes » Cochrane Database Syst Rev, n° 1, 2001, CD002213. <PubMed>

Annexe A

GLOSSAIRE DES TERMES ET ACRONYMES

Termes

PRATIQUES EXEMPLAIRES	Technique ou méthode ayant prouvé, au fil des expériences et des recherches, sa fiabilité pour assurer l'obtention d'un résultat visé. Synonymes : meilleures pratiques et bonnes pratiques . ¹⁴¹
CCHPE	Centre for Collaborative Health Professional Education (centre de formation professionnelle pour les soins de santé axés sur la collaboration).
ICCSM	Initiative canadienne de collaboration en santé mentale.
SOINS AXÉS SUR LA COLLABORATION	Processus interprofessionnel de communication et de prise de décisions permettant à des prestataires de soins de santé ayant des connaissances et des compétences différentes d'influencer, en compagnie des usagers, les soins prodigués à ces derniers. ¹⁴²
PRATIQUE AXÉE SUR LA COLLABORATION	La pratique axée sur la collaboration comporte la prestation de soins centrés sur l'utilisateur par un minimum de deux aidants naturels de disciplines différentes qui travaillent ensemble avec la personne soignée pour répondre aux besoins de soins de santé définis. ¹⁴³
SOINS DE SANTÉ MENTALE AXÉS SUR LA COLLABORATION	Soins offerts par une équipe de professionnels de la santé aux fins d'améliorer les résultats en matière de santé mentale.
SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES AXÉS SUR LA COLLABORATION	Deux ou plusieurs prestataires de soins de santé primaires travaillant ensemble avec une personne soignée et/ou un aidant naturel en vue d'améliorer les résultats pour la santé et la capacité du système comportant le partage de l'information conjointe, l'établissement des objectifs et le processus décisionnel. ¹⁴⁴
INTERDISCIPLINAIRE	Une gamme d'activités de collaboration entreprises par une équipe de deux individus ou plus englobant diverses disciplines qui appliquent leurs méthodes et leurs approches respectives.

FORMATION INTERPROFESSIONNELLE

Formation qui permet à des professionnels d'au moins deux disciplines d'apprendre les uns des autres en vue d'améliorer la collaboration et la qualité des soins.

NIVEL

Institut des soins de santé primaires des Pays-Bas.

SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Point de premier contact d'un usager avec le système de santé, caractérisé par une gamme complète de services de santé coordonnés et continus comme la promotion de la santé, le diagnostic, le traitement et la prise en charge des maladies chroniques.¹⁴⁶

NOTES

1. COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT SUR LES AFFAIRES SOCIALES, LES SCIENCES ET LA TECHNOLOGIE. « La santé des Canadiens — le rôle du gouvernement : le rôle du gouvernement fédéral », rapport final sur l'état du système de santé au Canada, vol. 2, Tendances actuelles et défis futurs, Ottawa, janvier 2002. (président : Michael J.L. Kirby). Disponible à l'adresse <http://www.parl.gc.ca/37/1/parlbus/commbus/senate/com-e/SOCI-E/rep-e/repjan01vol2-e.htm>.
2. Les prestataires de soins de santé mentale sont définis comme des médecins, des psychiatres, des psychologues, des pharmaciennes et des pharmaciens, des infirmières et des infirmiers, des infirmières et des infirmiers psychiatriques, des infirmières praticiennes et des infirmiers praticiens, des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux, des ergothérapeutes et des diététiciennes et des diététiciens.
3. COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE. « Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Aperçu des politiques et des programmes au Canada », rapport provisoire 1, Ottawa, novembre 2004, (président : Michael J.L. Kirby). Disponible à l'adresse <http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-e/soci-e/rep-e/repintnov04-e.htm>.
4. ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE. « Accès aux services de santé mentale : questions, obstacles et recommandations pour une intervention du gouvernement fédéral », mémoire présenté au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie – santé mentale et maladie mentale, phase 1, Toronto, juin 2003.
5. COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE. « La santé des Canadiens — le rôle du gouvernement fédéral », rapport final sur l'état du système de santé au Canada, vol.2, Tendances actuelles et défis futurs.
6. MACFARLANE, D. « État actuel des soins de santé mentale axés sur la collaboration », préparé pour le compte de l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, Mississauga (Ontario), 2005. Disponible à l'adresse <http://www.iccsm.ca>.
7. Ibidem
8. PAWLENKO N. « Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires au Canada : Un examen des politiques ». Mississauga, Ontario, Canada : Initiative canadienne de collaboration en santé mentale; 2005. Disponible à l'adresse : <http://www.iccsm.ca>.
9. Ibidem
10. EL-JARDALI, F. et C. FOOKS. « Analyse contextuelle des points de vue actuels sur les ressources humaines en matière de santé au Canada : Problèmes relevés, solutions proposées et analyse des écarts », préparé pour le compte du Conseil canadien de la santé en vue du Sommet national sur les ressources humaines en santé, Toronto, 2005. Disponible à l'adresse http://www.hcc-ccs.com/docs/summit05_EnvironScanFRE.pdf.
11. Ibidem
12. GOLDNER, E. M. « De la connaissance à la pratique : Le Fonds pour l'adaptation des services de santé – Série de rapports de synthèse : La santé mentale », préparé pour le compte de Santé Canada, Ottawa, 2002. Disponible à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/hcf-fass/francais/mental_en.pdf.
13. ASSOCIATION CANADIENNE DES TRAVAILLEUSES ET TRAVAILLEURS SOCIAUX. « Énoncé de l'ACTS - Le champ de pratique du service social : approuvé par le Conseil de l'ACTS », Ottawa, mars 2000. Disponible à l'adresse <http://www.casw-acts.ca/>.
14. GOLDNER, E. M. « De la connaissance à la pratique : Le Fonds pour l'adaptation des services de santé : Série de rapports de synthèse : La santé mentale 1 ».
15. KAMEROW, D. B. et B. J. BURNS. « The effectiveness of mental health consultation and referral in ambulatory primary care: a research lacuna » (Efficacité des consultations et des recommandations en matière de santé mentale dans le cadre des soins primaires ambulatoires : une lacune dans la recherche), *Gen Hosp Psychiatry*, vol. 9, n° 2, mars 1987, p. 111-117.
16. CREED, F., J. GOWRISUNKUR, E. RUSSELL et J. KINCEY. « General practitioner referral rates to district psychiatry and psychology services » (taux de recommandations au psychiatre de district et aux services de psychologues faites par les omnipraticiens), *Br J Gen Pract*, vol. 40, n° 340, novembre 1990, p. 450-454.
17. CUMMINS, R. O., R. W. SMITH ET T. S. INUI. « Communication failure in primary care. Failure of consultants to provide follow-up information » (Manque de communications dans le cadre de la prestation de soins primaires), *JAMA*, vol. 243, n° 16, avril 1980, p. 1650-1652.
18. STANSFELD, S. A., C. A. LEEK, W. TRAVERS et T. TURNER. « Attitudes to community psychiatry among urban and rural general practitioners » (Attitudes envers les psychiatres communautaires des omnipraticiens en milieu rural et urbain), *Br J Gen Pract*, vol. 42, n° 361, août 1992, p. 322-325.
19. VON KORFF, M. et L. MYERS. « The primary care physician and psychiatric services » (Services médicaux et psychiatriques dans le domaine des soins de santé primaire), *Gen Hosp Psychiatry*, vol. 9, n° 4, juillet 1987, p. 235-240.
20. WILLIAMS, P. et B. B. WALLACE. « General practitioners and psychiatrists — do they communicate? » (Les omnipraticiens et les psychiatres communiquent-ils?), *Br Med J*, vol. 1, n° 906, 16 mars 1974, p. 505-507.
21. LIPKIN, M. JR. « Psychiatry and primary care: two cultures divided by a common cause » (Psychiatrie et soins primaires : deux cultures divisées par une cause commune), *New Dir Ment Health Serv*, n° 81, printemps 1999, p. 7-15.
22. EL-JARDALI, F. et C. FOOKS. « Analyse contextuelle des points de vue actuels sur les ressources humaines en matière de santé au Canada : Problèmes relevés, solutions proposées et analyse des écarts ».
23. Ibidem
24. Ibidem
25. MACFARLANE, D. « État actuel des soins de santé mentale axés sur la collaboration ».

26. MCVICAR, J. D., D. R. DEACON, V. CURRAN ET P. CORNISH. « Initiatives de formation interprofessionnelle en soins de santé mentale axés sur la collaboration », préparé pour le compte de l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, Mississauga (Ontario), 2005. Disponible à l'adresse <http://www.iccsm.ca>.
27. EL-JARDALI, F. et C. FOOKS. « Analyse contextuelle des points de vue actuels sur les ressources humaines en matière de santé au Canada : Problèmes relevés, solutions proposées et analyse des écarts ».
28. Ibidem
29. Incluant les universités et les collèges canadiens, les associations professionnelles territoriales, nationales et provinciales, les organismes de réglementation nationaux, provinciaux et extraterritoriaux et des sociétés et associations de promotion de la santé mentale.
30. NORTH SOUTH GROUP INC. « Étude documentaire et analyse du contexte entourant les pratiques privilégiées de déploiement des ressources humaines en santé et les outils d'aide à la décision : Rapport final », préparé pour le compte de Santé Canada, Ottawa, juin 2004. Disponible à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/care-soins/2004-hhr-rhs-tools-outils/index_e.html.
31. COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT SUR LES SERVICES SOCIAUX, LES SCIENCES ET LA TECHNOLOGIE. « Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Problèmes et options pour le Canada. Rapport provisoire », novembre 2004; « Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Aperçu des politiques et des programmes au Canada. Rapport provisoire. Rapport 1 », (président : Michael J.L. Kirby), Ottawa, novembre 2004. Disponible à l'adresse <http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-e/soci-e/rep-e/repintnov04-e.htm>.
32. ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA. « Building a stronger, viable, publicly funded, not-for-profit health system » (établir un système de santé viable financé par l'État sans but lucratif plus solide [déclaration]), Ottawa, septembre 2004.
33. GROUPE DE TRAVAIL SUR LE PERMIS D'EXERCICE DES DIPLOMES INTERNATIONAUX EN MEDECINE du Comité consultatif fédéral/provincial/territorial sur la prestation des soins de santé et les ressources humaine. « Rapport du Groupe de travail sur le permis d'exercice des diplômés internationaux en médecine », Ottawa, février 2004. Disponible à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss-alt_formats-hpb-dgps-pdf-hhr-medical-graduates_fr.pdf.url.
34. SANTÉ CANADA. « Les ressources humaines en santé », bulletin de recherche sur les politiques de santé, n° 8, mai 2004, p. 1-48. Disponible à l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/arad-draa/english/rmd/bulletin/ehuman.html>.
35. NORTH SOUTH GROUP INC. « Étude documentaire et analyse du contexte entourant les pratiques privilégiées de déploiement des ressources humaines en santé et les outils d'aide à la décision : Rapport final ».
36. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. « Tendances relatives au personnel de la santé au Canada, 1993 à 2002 », Ottawa, novembre 2004. Disponible à l'adresse http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=AR_21_E.
37. BUSKE, L. et S. NEWTON. « An overview of Canadian physician work force databases » (un aperçu de l'effectif de médecins du Canada), Clin Perform Qual Health Care, vol. 5, n° 2, avril à juin, p. 56-60.
38. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTE. « Tendances relatives au personnel de la santé au Canada, 1993 à 2002 ».
39. MABLE, A. L. et J. MARRIOTT. « État stable — Parvenir à un équilibre qui soit durable : Examen international de la planification des effectifs de la santé », préparé pour le compte de Santé Canada, Ottawa, août 2001. Disponible à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/healthcare/pubs/steady_state/index.html.
40. COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE. « Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Aperçu des politiques et des programmes au Canada. Rapport provisoire ».
41. NORTH SOUTH GROUP INC. « Étude documentaire et analyse du contexte entourant les pratiques privilégiées de déploiement des ressources humaines en santé et les outils d'aide à la décision : Rapport final ».
42. Ibidem
43. NATIONAL HEALTH SERVICE DU ROYAUME-UNI. « A National Service Framework for mental health: modern standards & service models: mental health » (cadre de service national pour la santé mentale : normes et modèles de service modernes : santé mentale), préparé pour le compte du ministère de la Santé du Royaume-Uni, Londres, septembre 1999.
44. NATIONAL HEALTH SERVICE DU ROYAUME-UNI. « Effective care co-ordination in mental health services: modernising the care programme approach — a policy booklet » (coordination efficace des soins de santé mentale : modernisation de l'approche à l'égard du programme de soins — une brochure politique), préparé pour le compte du ministère de la Santé du Royaume-Uni, Londres, janvier 1999. Disponible à l'adresse <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/05/72/70/04057270.pdf>.
45. NATIONAL HEALTH SERVICE DU ROYAUME-UNI. « Mental health policy implementation guide: community mental health teams » (guide de mise en œuvre de la politique de santé mentale : équipes communautaires de santé mentale), préparé pour le compte du ministère de la Santé du Royaume-Uni, Londres, juin 2002. Disponible à l'adresse <http://www.nimhe.org.uk/downloads/CMHTguidance.pdf>.
46. LAHEY, W. et R. CURRIE. « Regulatory and medico-legal barriers to interprofessional practice » (obstacles réglementaires et médicaux-légaux influant sur la pratique interprofessionnelle), J Interprof Care, vol. 19, suppl. n° 1, mai 2005, p. 197-223.
47. DEBER, R. et A. BAUMANN. « Facteurs qui favorisent et entravent l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires », préparé pour le compte de l'Initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaire, Ottawa, mars 2005. Disponible à l'adresse <http://www.eicp-acis.ca/en/resources/pdfs/Barriers-and-Facilitators-to-Enhancing-Interdisciplinary-Collaboration-in-Primary-Health-Care.pdf>.
48. INITIATIVE POUR L'AMÉLIORATION DE LA COLLABORATION INTERDISCIPLINAIRE DANS LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES. « Rapport de groupe de travail sur les facteurs qui favorisent et entravent l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires », Ottawa, mai 2005. Disponible à l'adresse <http://www.eicp-acis.ca/en/said/consultation/barriers/Barriers-and-Enabling-Factors-Task-Force-Groups-Report.pdf>.

49. BOSCO, C. « Health policy and IECPCP » (politique de santé et FIPCCP), dans OANDASAN, I, D. D'AMOUR, M. ZWARENSTEIN, K. BARKER, M. PURDEN, M. BEAULIEU, S. REEVES, L. NASMITH, C. BOSCO, L. GINSBURG et D. TREGUNNO. « Formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient : rapport de recherche », préparé pour le compte de Santé Canada, Ottawa, février 2004, p. 203-223. Disponible à l'adresse http://www.medfam.umontreal.ca/chaire_sadok_besrou/ressource/PDF/IECPCP_Final_Report.pdf.
50. COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES SERVICES SOCIAUX, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE. « Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Aperçu des politiques et des programmes au Canada : Rapport provisoire 1 ».
51. DEBER, R. et A. BAUMANN. « Facteurs qui favorisent et entravent l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires ».
52. Ibidem
53. COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. « Les solutions émergentes », Rapport et recommandations de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, (président : Michel Clair), Trois-Rivières (Québec), décembre 2000. Disponible à l'adresse <http://msss.gouv.qc.ca/documentation/publications.html>.
54. DEBER, R. et A. BAUMANN. « Facteurs qui favorisent et entravent l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires ».
55. SOCIÉTÉ DE LA MÉDECINE RURALE DU CANADA. « Nurse practitioners and rural medicine: voices from the field » (infirmières et infirmiers et médecine rurale : échos sur le terrain), *Can J Rural Med*, vol. 3, n° 3, été 1998, p. 159-162.
56. KATES, N. et S. ACKERMAN, ÉDITEURS. « Les soins de santé mentale partagés au Canada : un exposé de principe » préparé pour le groupe de travail conjoint de l'Association des psychiatres canadiens de Mississauga (Ontario) et du Collège des médecins de famille du Canada, printemps 2002. Disponible à l'adresse <http://www.shared-care.ca/pdf/compendium.pdf>.
57. <http://www.cic.gc.ca/english/research/papers/geographic/geographic-d.html>.
58. PREMIER'S ADVISORY COUNCIL ON HEALTH FOR ALBERTA. « A framework for reform: report of the Premier's Advisory Council on Health » (cadre de travail pour la réforme : rapport au conseil consultatif sur la santé du Premier ministre), (président : Don Mazankowski), Edmonton (Alberta), *The Council*, décembre 2001. Disponible à l'adresse <http://www.premiersadvisory.com/reform.html>.
59. PEARSON, P. ET K. JONES. « The primary health care non-team » (les soins de santé primaires autres qu'en équipe) [éditorial], *BMJ*, vol. 309, n° 6966, 26 novembre 1994, p. 1387-1388.
60. PRINGLE, D., C. LEVITT, M. E. HORSBURGH, R. WILSON et M. K. WHITTAKER. « La collaboration interdisciplinaire et la réforme des soins de santé primaires [éditorial] [article offert en français et en anglais], *Le Médecin de famille canadien*, vol. 46, n° 4, avril 2000, p. 763-765 et 771-774.
61. WAY, D., L. JONES et N. B. BASKERVILLE. « Improving the effectiveness of primary health care delivery through nurse practitioner / family physician structured collaborative practice: final report » (amélioration de l'efficacité des soins de santé primaires par le biais des infirmières et infirmiers et des médecins de famille dans le cadre d'une pratique axée sur la collaboration : rapport final), préparé pour le compte de l'Université d'Ottawa, mars 2001. Disponible à l'adresse http://www.uottawa.ca/academic/med/family/pdf/research/np_fp/final_report.pdf.
62. WAY, D. O., N. BUSING et L. JONES. « Implementation strategies: collaboration in primary care — family doctors and nurse practitioners delivering shared care » (stratégies de mise en œuvre : soins de santé primaires axés sur la collaboration — médecins de famille et infirmières et infirmiers offrant des soins partagés), préparé pour le compte du Collège des médecins de famille de l'Ontario, Toronto, mai 2000. Disponible à l'adresse http://www.medicine.uottawa.ca/family/pdf/research/np_fp/ocfp_paperho.pdf.
63. MACFARLANE, D. « État actuel des soins de santé mentale axés sur la collaboration ».
64. LAHEY, W. et R. CURRIE. « Regulatory and medico-legal barriers to interdisciplinary practice » (obstacles réglementaires et médicaux-légaux influant sur la pratique interdisciplinaire), préparé pour le compte de Santé Canada, Ottawa, mars 2004.
65. LAHEY, W. et R. CURRIE. « Regulatory and medico-legal barriers to interprofessional practice » (obstacles réglementaires et médicaux-légaux influant sur la pratique interprofessionnelle), *J Interprof Care*, vol. 19, suppl. N° 1, mai 2005, p. 197-223.
66. COMMITTEE ON COLLABORATION AND INNOVATION. « Going further: building on a framework for reform » (aller de l'avant : mettre en place un cadre de travail pour la réforme), gouvernement de l'Alberta, Edmonton, septembre 2002. Disponible à l'adresse http://www.health.gov.ab.ca/resources/publications/pdf/going_further_reform.pdf.
67. COMMISSION SUR L'AVENIR DES SOINS DE SANTÉ AU CANADA. « Rapport final — Guidés par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada », préparé par Son Excellence la Gouverneure en conseil, (Commissaire : Roy J. Romanow), Ottawa, novembre 2002. Disponible à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/francais/pdf/romanow/CSS_Rapport_final.pdf.
68. ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE, ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA et ASSOCIATION DES PHARMACIENS DU CANADA. « Déclaration conjointe sur les champs d'exercice », [article offert en français et en anglais], [approuvé le 1^{er} mars 2003], Ottawa, février 2003. Disponible à l'adresse <http://policybase.cma.ca/PolicyPDF/PD03-07.pdf>. lien vers l'anglais
69. CONSEIL CONSULTATIF DE RÉGLEMENTATION DES PROFESSIONS DE LA SANTÉ DE L'ONTARIO. « Sunrise/sunset and changes in scopes of practice criteria review: an HPRAC discussion paper » (montée/déclin et changement des critères d'examen des cadres d'exercice : un document de travail du CCRPSO), Toronto, juin 2003. Disponible à l'adresse <http://www.hprac.org/downloads/criteriareview/HPRAC-DiscussionPaper-May30-03.pdf>.
70. ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE, ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA et ASSOCIATION DES PHARMACIENS DU CANADA. « Prise de position conjointe. Politique sur les champs d'exercice », [réaffirmé en juin 2003], Ottawa, avril 2003. Disponible à l'adresse http://www.cna-nurses.ca/CNA/documents/pdf/publications/PS66_Scopes_of_practice_June_2003_f.pdf.
71. MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA NOUVELLE-ÉCOSSE. « Health professions regulation. Proposal for legislative change » (réglementation des professions de la santé : projet de modification législative), Halifax, mars 2004. Disponible à l'adresse <http://www.gov.ns.ca/health/downloads/HP%20Act%20Paper.pdf>.
72. FUJITSU CONSULTING (CANADA). « Health human resources supply and demand analysis » (analyse de l'offre et de la demande pour les ressources humaines en santé), rapport final, préparé pour le compte du ministère de la Santé et du Bien-être du Nouveau-Brunswick, Fredericton, novembre 2002. Disponible à l'adresse <http://www.gnb.ca/0051/pdf/HRStudy/SupplyandDemandAnalysis.pdf>.
73. LAHEY, W. et R. CURRIE. « Regulatory and medico-legal barriers to interdisciplinary practice » (obstacles réglementaires et médicaux-légaux influant sur la pratique interdisciplinaire), préparé pour le compte de Santé Canada, Ottawa, 2004.

74. Ibidem
75. ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA. « Helping to sustain Canada's health system: nurse practitioners in primary health care » (aider à soutenir le système de santé canadien : infirmières praticiennes et soins de santé primaires [proposition], proposition présentée au Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (enveloppe nationale), Ottawa, novembre 2003.
76. ALBERTA COLLEGE OF PHARMACISTS STEERING COMMITTEE ON PHARMACISTS PRESCRIBING. « Optimizing drug therapy in Alberta: pharmacists independently prescribing in a collaborative health team environment » (optimisation de la pharmacothérapie en Alberta : pharmaciens prescripteurs indépendants dans un environnement de soins de santé axés sur la collaboration), Edmonton (Alberta), septembre 2002. Disponible à l'adresse http://www.altapharm.org/ims/client/upload/PP_4_072803.pdf.
77. LAHEY, W. et R. CURRIE. « Regulatory and medico-legal barriers to interprofessional practice » (obstacles réglementaires et médicaux-légaux influant sur la pratique interprofessionnelle), *J Interprof Care*, vol. 19, suppl. n° 1, mai 2005, p. 197–223.
78. DEBER, R. et A. BAUMANN. « Facteurs qui favorisent et entravent l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires ».
79. Ibidem
80. LAHEY, W. et R. CURRIE. « Regulatory and medico-legal barriers to interprofessional practice » (obstacles réglementaires et médicaux-légaux influant sur la pratique interprofessionnelle), *J Interprof Care*, vol. 19, suppl. n° 1, mai 2005, p. 197–223.
81. DEBER, R. et A. BAUMANN. « Facteurs qui favorisent et entravent l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires ».
82. BOSCO, C. « Health policy and IECPCP » (politique de santé et FIPCCP), publié dans OANDASAN, I., D. D'AMOUR, M. ZWARENSTEIN, K. BARKER, M. PURDEN, M. BEAULIEU, S. REEVES, L. NASMITH, C. BOSCO, L. GINSBURG et D. TREGUNNO. « Formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient : rapport de recherche », préparé pour le compte de Santé Canada, Ottawa, février 2004, p. 203–223.
83. ONTARIO MEDICAL ASSOCIATION et REGISTERED NURSES ASSOCIATION OF ONTARIO. « The RN(EC)–GP relationship: a good beginning » (la relation entre les infirmières et infirmiers accrédités de catégorie avancée et les omnipraticiens : un excellent début), Goldfarb Intelligence Marketing, Toronto, mai 2003. Disponible à l'adresse <http://www.oma.org/pcomm/omarnaoreport2003.pdf>.
84. LAHEY, W. et R. CURRIE. « Regulatory and medico-legal barriers to interprofessional practice » (obstacles réglementaires et médicaux-légaux influant sur la pratique interprofessionnelle), *J Interprof Care*, vol. 19, suppl. n° 1, mai 2005, p. 197–223.
85. ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE et SOCIÉTÉ DE PROTECTION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA. « Énoncé commun de l'ACPM et de la SPIIC sur la protection en matière de responsabilité professionnelle des infirmières praticiennes et des médecins en pratique collaborative » de mars 2005, *Ontario Medical Review*, vol. 72, n° 5, mai 2005, p.44–46. Disponible à l'adresse http://www.oma.org/pcomm/OMR/may/May05_p43_RNEC_Liability2.pdf.
86. Communication personnelle avec le personnel de Santé Canada. 27 mai 2005. Disponible à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/liability-responsabilite_e.html.
87. OANDASAN, I., D. D'AMOUR, M. ZWARENSTEIN, K. BARKER, M. PURDEN, M. BEAULIEU, S. REEVES, L. NASMITH, C. BOSCO, L. GINSBURG et D. TREGUNNO. « Formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient : rapport de recherche », préparé pour le compte de Santé Canada, Ottawa, février 2004, p. 203–223. Disponible à l'adresse http://www.medfam.umontreal.ca/chaire_sadok_besrou/ressource/PDF/IECPCP_Final_Report.pdf.
88. ZWARENSTEIN, M., W. BRYANT et S. REEVES. « In-service interprofessional education improves inpatient care and patient satisfaction » (la formation interprofessionnelle en service contribue à améliorer les soins aux patients hospitalisés et la satisfaction des patients), *J Interprof Care*, vol. 17, n° 4, novembre 2003, p. 401–402.
89. ZWARENSTEIN, M., S. REEVES, H. BARR, M. HAMMICK, I. KOPPEL et J. ATKINS. « Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes » (formation interprofessionnelle : répercussions sur la pratique professionnelle et résultats des soins de santé), *Cochrane Database Syst Rev*, n° 1, 2001, CD002213.
90. ZWARENSTEIN, M. et W. BRYANT. « Interventions to promote collaboration between nurses and doctors » (interventions visant à promouvoir la collaboration entre les infirmières et les infirmiers et les médecins), *Cochrane Database Syst Rev*, n° 2, CD000072.
91. OANDASAN, I., D. D'AMOUR, M. ZWARENSTEIN, K. BARKER, M. PURDEN, M. BEAULIEU, S. REEVES, L. NASMITH, C. BOSCO, L. GINSBURG et D. TREGUNNO. « Formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient : rapport de recherche ».
92. FOOKS, C., K. DUVALKO, P. BARANEK, L. LAMOTHE et K. RONDEAU. « La planification des ressources humaines en santé au Canada : Les enjeux des professions médicale et infirmière », préparé pour le compte des Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Ottawa, octobre 2002. Disponible à l'adresse <http://www.cprn.org/en/doc.cfm?doc=125> OU http://www.cprn.org/documents/14878_en.pdf.
93. MCVICAR, J. D., D. R. DEACON, V. CURRAN et P. CORNISH. « Initiatives de formation interprofessionnelle en soins de santé mentale axés sur la collaboration ».
94. CURRAN, V. « La formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur les patients - Document de synthèse de recherche » [document en ligne] [mis à jour le 20 mai 2004], préparé pour le compte de Santé Canada, Ottawa, 2004. Disponible à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/interprof/synth_e.html.
95. Ibidem
96. PARSELL, G. et J. BLIGH. « Interprofessional learning » (formation interprofessionnelle), *Postgrad Med J*, vol. 74, n° 868, février 1998, p. 89–95.
97. CURRAN, V. « La formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur les patients ».
98. OANDASAN, I., D. D'AMOUR, M. ZWARENSTEIN, K. BARKER, M. PURDEN, M. BEAULIEU, S. REEVES, L. NASMITH, C. BOSCO, L. GINSBURG et D. TREGUNNO. « Formation interdisciplinaire pour une pratique en collaboration centrée sur le patient : un cadre conceptuel évolutif : rapport de recherche ».
99. <http://www.mentalhealthconsumer.net/peer-support.html>.

100. « President's New Freedom Initiative for people with disabilities: the 2004 progress report » (initiative du président visant une nouvelle autonomie pour les personnes atteinte d'une incapacité : rapport d'étape 2004), gouvernement des États-Unis, Washington (DC), mars 2004. Disponible à l'adresse <http://www.whitehouse.gov/infocus/newfreedom/>.
101. <http://www.hhs.gov>.
102. CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ. « Renouveau des soins de santé au Canada : Accélérer le changement », Toronto, janvier 2005. Disponible à l'adresse http://hcc-ccs.com/report/Annual_Report/report_index.aspx.
103. LAHEY, W. et R. CURRIE. « Regulatory and medico-legal barriers to interprofessional practice » (obstacles réglementaires et médicaux-légaux influant sur la pratique interprofessionnelle), *J Interprof Care*, vol. 19, suppl. n° 1, mai 2005, p. 197–223.
104. MACFARLANE, D. « État actuel des soins de santé mentale axés sur la collaboration ».
105. DEBER, R. ET A. BAUMANN. « Facteurs qui favorisent et entravent l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires ».
106. Ibidem
107. Ibidem
108. MAYNARD, A. « Developing human resources » (perfectionnement des ressources humaines) dans : « Unleashing innovation in health systems » (place à l'innovation dans les systèmes de santé) dans le cadre du Symposium sur la santé tenu en Alberta du 3 au 5 mai 2005, Calgary (Alberta). Disponible à l'adresse <http://www.health.gov.ab.ca/Symposium/> OU <http://www.health.gov.ab.ca/Symposium/PDF/010Maynard.pdf>.
109. INITIATIVE POUR L'AMÉLIORATION DE LA COLLABORATION INTERDISCIPLINAIRE DANS LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES. « Rapport de groupe de travail sur les facteurs qui favorisent et entravent l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires », Ottawa, mai 2005, p. 9-11. Disponible à l'adresse <http://www.eicp-acis.ca/en/said/consultation/barriers/Barriers-and-Enabling-Factors-Task-Force-Groups-Report.pdf>.
110. DEWA, C. S., J. S. HOCH et P. GOERING. « Using financial incentives to promote shared mental health care » (utilisation des incitatifs financiers pour promouvoir les soins de santé mentale partagés), *Can J Psychiatry*, vol. 46, n° 6, août 2001, p. 488-495.
111. PAUTLER, K. et M.A. GAGNE. « Bibliographie annotée des soins de santé mentale axés sur la collaboration », préparé pour le compte de l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, Mississauga (Ontario), 2005. Disponible à l'adresse <http://www.iccsm.ca>.
112. DEBER, R. et A. BAUMANN. « Facteurs qui favorisent et entravent l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires ».
113. Ibidem
114. PONG, R., D. SAUNDERS, J. CHURCH, M. WANKE et P. CAPPON. « Ressources humaines en santé dans le domaine des soins de santé communautaires : Revue de la documentation », préparé pour le compte de Santé Canada, Ottawa, 1995. Disponible à l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/healthcare/building.htm> OU <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/healthcare/pdf/health.pdf>.
115. COMMISSION SUR L'AVENIR DES SOINS DE SANTÉ AU CANADA. « Préparer l'avenir des soins de santé au Canada », rapport préliminaire préparé pour le compte de Santé Canada, (commissaire : Roy J. Romanow), Ottawa, février 2002. Disponible à l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/english/care/romanow/hcc0087.html>.
116. DEBER, R. et A. BAUMANN. « Facteurs qui favorisent et entravent l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires ».
117. ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE. « Physician responsibility in team structures of interest to all physicians » (responsabilité des médecins dans le cadre de structures en équipes d'intérêt pour tous les médecins), bulletin d'information, décembre 2000, p. 15.
118. LAHEY, W. et R. CURRIE. « Regulatory and medico-legal barriers to interprofessional practice » (obstacles réglementaires et médicaux-légaux influant sur la pratique interprofessionnelle), *J Interprof Care*, vol. 19, suppl. n° 1, mai 2005, p. 197–223.
119. DUHAIME, L. « Tort law in Canada » (loi sur la responsabilité civile délictuelle au Canada). Responsabilité délictuelle désigne l'ensemble de droit permettant à une personne lésée d'obtenir un dédommagement de la part de la personne ayant causé le tort. Chaque personne est tenue de se conduire de manière à ne nuire à personne. Si une personne cause du tort à une autre volontairement ou non, elle peut être tenue par un tribunal de verser une somme à cette dernière (« dommages-intérêts »).
120. MCVICAR, J. D., D. R. DEACON, V. CURRAN et P. CORNISH. « Initiatives de formation interprofessionnelle en soins de santé mentale axés sur la collaboration. »
121. OANDASAN, I., D. D'AMOUR, M. ZWARENSTEIN, K. BARKER, M. PURDEN, M. BEAULIEU, S. REEVES, L. NASMITH, C. BOSCO, L. GINSBURG et D. TREGUNNO. « Formation interdisciplinaire pour une pratique en collaboration centrée sur le patient : un cadre conceptuel évolutif : rapport de recherche ».
122. PARSELL, G. et J. BLIGH. « Interprofessional Learning » (formation interprofessionnelle).
123. MACFARLANE, D. « État actuel des soins de santé mentale axés sur la collaboration ».
124. BORRILL, C., M. WEST, J. DAWSON, D. SHAPIRO, A. REES, A. RICHARDS, S. GARROD, J. CARLETTA et A. CARTER. « Team working and effectiveness in health care: findings from the Health Care Team Effectiveness Project » (travail d'équipe et efficacité des soins de santé : résultats du projet sur l'efficacité des équipes de soins de santé) [brochure], préparé par l'Aston University, l'University of Leeds et les Universities of Glasgow and Edinburgh du Royaume-Uni, 2003. Disponible à l'adresse <http://homepages.inf.ed.ac.uk/jeanc/DOH-glossy-brochure.pdf>.
125. BORRILL, C. S., J. CARLETTA, A. J. CARTER, J. F. DAWSON, S. GARROD, A. REES, A. RICHARDS, D. SHAPIRO et M. A. WEST. « The effectiveness of health care teams in the National Health Service » (efficacité des équipes de soins de santé du service national de santé. préparé par l'Aston University, l'University of Leeds et les Universities of Glasgow and Edinburgh du Royaume-Uni, 2000. Disponible à l'adresse <http://homepages.inf.ed.ac.uk/jeanc/DOH-final-report.pdf>.
126. Ibidem

127. PAUTLER, K et M. A. GAGNE. « Bibliographie annotée des soins de santé mentale axés sur la collaboration ».
128. NORTH SOUTH GROUP INC. « Étude documentaire et analyse du contexte entourant les pratiques privilégiées de déploiement des ressources humaines en santé et les outils d'aide à la décision : Rapport final ».
129. INITIATIVE POUR L'AMÉLIORATION DE LA COLLABORATION INTERDISCIPLINAIRE DANS LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES. « Rapport de groupe de travail sur les facteurs qui favorisent et entravent l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires », Ottawa, mai 2005. Disponible à l'adresse <http://www.eicp-acis.ca/en/said/consultation/barriers/Barriers-and-Enabling-Factors-Task-Force-Groups-Report.pdf>.
130. FOOKS, C et L. MASLOVE. « Health human resources policy initiatives for physicians, nurses and pharmacists » (survol des activités propres aux médecins, aux infirmières et aux pharmaciens), préparé pour le compte des Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Ottawa, octobre 2004. Disponible à l'adresse <http://www.cprn.org/en/doc.cfm?doc=1112> OU http://www.cprn.org/documents/32547_en.pdf.
131. ELLIS, R. P. « Reimbursement systems and the behavior of mental health providers » (systèmes de remboursement et comportement des prestataires de soins de santé mentale », *Int J Law Psychiatry*, vol. 14, n° 4, 1991, p. 347-362.
132. FOOKS, C. et L. MASLOVE L. « Health human resources policy initiatives for physicians, nurses and pharmacists » (survol des activités propres aux médecins, aux infirmières et aux pharmaciens).
133. KAZANJIAN, A., R. J. REID, N. PAGLIACCIA, L. APLAND et L. WOOD. « Issues in physician resources planning in BC: key determinants of supply and distribution, 1991–96 » (problèmes touchant la planification des ressources en médecins en Colombie-Britannique : principaux déterminants de l'offre et de la distribution, 1991 – 1996), rapport au Post-Graduate Medical Education Advisory Committee, préparé par le Centre for Health Services and Policy Research de l'University of British Columbia, juin 2000. Disponible à l'adresse http://www.chspr.ubc.ca/hhru/pdf/hhru00-02_pgme.pdf
134. KASMAN, N ET C. HAY. « Incidence 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 » [document de travail], préparé pour le compte de l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, Mississauga (Ontario), 2005.
135. FUJITSU CONSULTING (CANADA). « Health human resources supply and demand analysis » (analyse de l'offre et de la demande au titre des ressources humaines en santé), rapport final.
136. TOMBLIN MURPHY, G. et L. O'BRIEN-PALLAS. « The development of a national minimum data set for health human resources in Canada: beginning the dialogue » (Le développement de données nationales minimales pour les ressources humaines dans le domaine de la santé au Canada : amorcer d'un dialogue), préparé pour le compte de l'Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, août 2004. Disponible à l'adresse http://secure.cihi.ca/cihiweb/en/downloads/National_Minimum_Data_Set_for_HHR-Beginning_the_Dialogue.pdf.
137. TOMBLIN MURPHY, G. et L. O'BRIEN-PALLAS. « Guidance document for the development of data sets to support health human resources management in Canada » (document d'orientation pour le développement de données appuyant la gestion des ressources humaines dans le domaine de la santé au Canada, préparé par l'Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, février 2005. Disponible à l'adresse http://secure.cihi.ca/cihiweb/disPage.jsp?cw_page=GR_1213_E.
138. MACFARLANE, D. « État actuel des soins de santé mentale axés sur la collaboration ».
139. Le projet est financé par le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires dirigé par le dr Paul S. Waraich de l'University of British Columbia. Les résultats de la phase 1 seront publiés en décembre 2005. On peut obtenir des renseignements sur le projet à l'adresse <http://www.mheccu.ubc.ca/ceqm/index.cfm>.
140. COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES SERVICES SOCIAUX, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE. « La santé des Canadiens — le rôle du gouvernement fédéral : Rapport final sur l'état du système de soins de la santé au Canada. », (président : Michael J. L. Kirby), vol. 4 : Questions et options, septembre 2001. Disponible à l'adresse : <http://www.parl.gc.ca/37/1/parlbus/commbus/senate/com-e/SOCI-E/rep-e/repintsep01-e.htm>.
141. Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, 2005, définition interne.
142. OANDASAN, I., D. D'AMOUR, M. ZWARENSTEIN, K. BARKER, M. PURDEN, M. BEAULIEU, S. REEVES, L. NASMITH, C. BOSCO, L. GINSBURG et D. TREGUNNO. « Formation interdisciplinaire pour une pratique en collaboration centrée sur le patient : un cadre conceptuel évolutif : rapport de recherche ».
143. ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE et ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA. « Working together: a joint CNA/CMA collaborative practice project, HIV-AIDS exemple » (travaillons ensemble : un projet de pratique axée sur la collaboration conjoint de l'AMC et de AIIIC – VIH-SIDA) [document d'orientation], Ottawa, 1996.
144. Adapté du document d'orientation « Working together: a joint CNA/CMA collaborative practice project, HIV-AIDS exemple » (travaillons ensemble : un projet de pratique axée sur la collaboration conjoint de l'AMC et de AIIIC – VIH-SIDA) préparé par l'Association médicale canadienne et l'association des infirmières et infirmiers du Canada, Ottawa, 1996, p. 24.
145. Traduit les discussions tenues en janvier 2005 dans le cadre de diverses initiatives nationales et régionales financées par le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires.
146. Adapté du document « De la connaissance à la pratique : série de rapports de synthèse du Fonds pour l'adaptation des services de santé : Les soins primaires » préparé par A. L. Mable et J. Marriott pour le compte de Santé Canada, Ottawa, 2002, disponible à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/htf-fass/francais/primary_en.pdf, du document « Primary health care renewal action for healthier Nova Scotians » (action renouvelée dans le domaine des soins de santé primaires pour assurer une meilleure santé aux néo-écossais) préparé par le Nova Scotia Advisory Committee on Primary Health Care Renewal du ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, mai 2003, Halifax, page 1, disponible à l'adresse http://www.gov.ns.ca/health/primaryhealthcare/acphcr_report.htm ou <http://www.gov.ns.ca/health/primaryhealthcare/Final%20Report%20May%202003.pdf> et du document « Améliorer l'accès aux services d'ergothérapie dans les soins de santé primaires » (ergothérapie en ligne) préparé par D. Klaiman, janvier/février 2004, vol. 6, numéro 1. Disponible à l'adresse <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=1031>.

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
6. 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
7. 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 trousse 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