



Canadian  
Collaborative  
Mental Health  
Initiative

Initiative  
canadienne de  
collaboration en  
santé mentale

# Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires au Canada : Un examen des politiques

6

Juin 2005

**Auteure**

Natalie Pawlenko, consultante de l'ICCSM

**Membre du Comité directeur chargé de la revue du document**

Keith Lowe, représentant de l'Association canadienne pour la santé mentale

**Traduction**

Diane Maltais

**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 aimerait remercier tous les informateurs clés pour leurs contributions importantes à ce rapport.

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

**Citation suggérée :** 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, Ont. : Initiative canadienne de collaboration en santé mentale; juin 2005. Disponible au : [www.iccsm.ca](http://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](mailto:info@iccsm.ca) Site Web: [www.iccsm.ca](http://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.*



Canadian  
Collaborative  
Mental Health  
Initiative

Initiative  
canadienne de  
collaboration en  
santé mentale



# Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires au Canada : Un examen des politiques

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

Préparé par :  
Natalie Pawlenko, MSS

Juin 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 mieux-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'accessibilité des usagers à des services de prévention et de promotion de la santé, de traitement/d'intervention et de réadaptation dans un contexte de soins de santé primaires.

# TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	i
INTRODUCTION	1
APERÇU THÉMATIQUE	3
SOMMAIRES PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX	11
TABLEAUX	37
RÉFÉRENCES	51
ANNEXE A - GLOSSAIRE DES TERMES ET ACRONYMES	57
ANNEXE B - MÉTHODOLOGIE	61
ANNEXE C - INFORMATEURS CLÉS	67
NOTES	71



# SOMMAIRE

Par l'entremise du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM) a reçu un financement pour créer des stratégies visant à encourager les prestataires de soins de santé primaires et de soins de santé mentale, les usagers, les aidants naturels, les familles et les collectivités à travailler ensemble pour développer des services en santé mentale axés sur la collaboration. Entre autres des éléments fondamentaux identifiés par l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale pour soutenir le développement des soins de santé mentale axés sur la collaboration, notons l'existence de politiques, de législations, de structures et de ressources de financement cohérentes aux principes des soins de santé mentale axés sur la collaboration. Ce document de travail examine les politiques et législations pertinentes dans chaque province et territoire. Sur la base d'entrevues avec des informateurs clés dans chaque province et territoire, ce document présente les politiques qui soutiennent ou entravent la mise en œuvre de nouvelles initiatives de soins de santé mentale axés sur la collaboration.

Les constatations sont résumées sous les thèmes suivants :

1. Il existe des cadres stratégiques en soins de santé primaires et en santé mentale qui soutiennent clairement le concept des soins axés sur la collaboration et il existe également un potentiel de coordination entre ces cadres.
2. Des progrès ont été réalisés pour réduire les obstacles dans la législation, la prestation des services et le financement des soins en collaboration.
3. Les soutiens quant à la disponibilité et l'utilisation de la technologie de l'information, comme télésanté mentale et les services de télésanté 24/7, augmentent.
4. Il y a un certain nombre de défis et de possibilités de soins de santé mentale axés sur la collaboration.
5. On constate un changement majeur dans l'état de la réforme du système de santé dans chaque province et territoire.
6. La réforme des soins à domicile, à la lumière des recommandations du rapport Romanow concernant la gestion des cas de santé mentale et l'intervention au domicile, n'a pas encore été appliquée dans l'ensemble du pays.

## **Concernant le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires**

Depuis septembre 2000, le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires a financé des projets visant à :

- ∞ accroître le nombre d'organisations de soins de santé primaires oeuvrant dans les collectivités qui offrent des services complets à des populations déterminées
- ∞ créer un plus grand nombre d'équipes interdisciplinaires où les infirmières, pharmaciens et autres prestataires de soins jouent un rôle accru
- ∞ développer de meilleurs liens avec les hôpitaux, les spécialistes et les autres services communautaires
- ∞ placer plus d'emphase sur la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des blessures et la prise en charge des maladies chroniques
- ∞ accroître l'accès aux services essentiels 24 heures par jour, 7 jours par semaine



# INTRODUCTION

La politique en santé mentale et en soins de santé primaires joue un rôle important pour définir le contexte du développement des initiatives de soins de santé mentale axés sur la collaboration dans les contextes des soins de santé primaires au Canada.

Les soins de santé mentale axés sur la collaboration accroît la capacité des prestataires de soins de santé primaires de répondre aux besoins des usagers par une collaboration entre les partenaires du domaine de la santé, notamment les prestataires de soins de santé primaires et de santé mentale, les usagers et les aidants naturels.

Ce document de travail examine les politiques en santé mentale et en soins de santé primaires dans chaque province et territoire qui s'appliquent aux soins de santé mentale axés sur la collaboration. Ce document présente également les politiques qui soutiennent ou entravent la mise en œuvre de nouvelles initiatives de collaboration.

Cette analyse repose essentiellement sur des renseignements recueillis auprès des informateurs clés. Entre juin et novembre 2004, un total de 34 informateurs clés ont été contactés et 27 ont accepté de participer à l'étude.<sup>2</sup> L'approche consistait à inclure un informateur clé de chaque province et territoire qui assumait un des rôles suivants :

1. membre du groupe fédéral/provincial/territorial (f/p/t) du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires
2. membre du groupe de travail f/p/t en santé mentale

3. directeur général d'une division provinciale de l'Association canadienne pour la santé mentale<sup>3</sup>

Le document contient :

- un bref aperçu des six thèmes (Aperçu thématique)
- un rapport détaillé de chaque province et territoire sous forme narrative et de tableaux (Résumés provinciaux et territoriaux)
- un glossaire des termes et acronymes (Annexe A)
- une brève méthodologie (Annexe B)
- une liste des informateurs (Annexe C)



# APERÇU THÉMATIQUE

La série d'entrevues avec les informateurs clés ont permis de dégager six thèmes.

## Thèmes

### 1. Il existe des cadres stratégiques en soins primaires et en santé mentale qui soutiennent clairement le concept des soins en collaboration et il existe également un potentiel de coordination entre ces cadres.

Chaque province et territoire a des énoncés de politique soit officiels, soit officieux concernant la réforme des soins primaires et de santé mentale. La plupart ont des énoncés officiels; certains autres sont au stade final d'approbation. Presque tous les documents de politique en matière de santé qui suivent un plan de soins de santé primaires font référence à la réforme des soins de santé primaires et à la place des services de santé mentale dans un système axé sur la santé des populations. C'est un changement positif comparativement aux documents de politique antérieurs qui étaient souvent rédigés sans référence les uns aux autres. Cette absence de coordination entre les stratégies de réforme peut créer un obstacle sur le plan politique aux soins de santé mentale axés sur la collaboration.

Bon nombre des documents de politique en santé mentale notent que la tendance des dernières décennies à désinstitutionnaliser les gens souffrant de maladies mentales ne s'est pas traduit par un investissement équivalent dans les services de santé mentale dans la communauté et réitèrent le besoin de consolider les services de santé mentale dans la collectivité. Le Nouveau-Brunswick a mis sur pied une méthode afin de mesurer les progrès dans

ce domaine. Cette province a identifié des indicateurs de rendement des services de santé mentale, y compris celui connu sous le nom « d'équilibre entre les services communautaires / hospitaliers. » Les données les plus récentes sur ces indicateurs révèlent un virage vers les soins davantage centrés dans la communauté et un investissement accru dans les services communautaires.

La Colombie-Britannique a adopté une approche politique différente des autres provinces en prenant la décision délibérée de s'orienter vers un modèle de gestion des maladies chroniques pour les soins primaires. Pour les services de santé mentale, cette approche dépasse le seul cadre des maladies mentales graves pour englober d'autres maladies chroniques qui contribuent au fardeau de la maladie, notamment la dépression, l'anxiété et les troubles concomitants. Pour favoriser une meilleure gestion de ces affections chroniques, la province offre des outils pour soutenir la pratique en collaboration, y compris des guides de ressources fondés sur des preuves, des lignes directrices de planification et des publications sur les pratiques exemplaires. En 2004-05, le ministère de la Santé de la C.-B. publiera un guide à l'intention des médecins, des familles et des individus sur la prise en charge de la dépression, des troubles anxieux, de la psychose au stade précoce et des troubles liés à l'utilisation de substances. Celui-ci s'ajoute aux autres publications diffusées précédemment pour les domaines où les besoins sont énormes.

Dans leurs cadres stratégiques, certaines provinces ont insisté sur le besoin d'une collaboration interministérielle au sein du gouvernement et de partenariats avec des services de soutien dans les secteurs des services de santé, sociaux et juridiques. Par exemple,

la Yukon Interdepartmental Collaboration Initiative, qui implique les ministères de la Justice, de la Santé et des Services sociaux, vise à améliorer les services aux familles qui ont besoin d'un soutien soutenu et intégré de chacun des trois ministères.

## **2. Des progrès ont été réalisés pour réduire les obstacles dans la législation, la prestation des services et le financement des soins en collaboration.**

### *Obstacles législatifs*

Les lois et les politiques régissant l'utilisation des ressources humaines en santé, en particulier les questions de rémunération et de responsabilité, peuvent constituer un obstacle aux soins de santé mentale axés sur la collaboration.<sup>4</sup> Dans l'ensemble du Canada, la réglementation qui régit la pratique professionnelle est revue et mise à jour pour tenir compte des nouvelles réalités des soins de santé au 21<sup>e</sup> siècle.

Par exemple, plusieurs provinces ont adopté une loi afin de permettre aux infirmières praticiennes d'exercer. La Nouvelle-Écosse et l'Ontario ont apporté des modifications législatives pour permettre aux pharmaciens de remplir les ordonnances prescrites par les infirmières praticiennes. Ce type de changements législatifs permet de contrer les obstacles aux pratiques en collaboration.

### *Obstacles à la prestation des services*

Dans l'ensemble du Canada, on assiste à une amélioration significative de l'intégration de la prestation des services en soins primaires et en santé mentale. Neuf des dix provinces et un territoire (les Territoires du Nord-Ouest) ont transféré la responsabilité des services de santé mentale aux régies régionales de la

santé, augmentant ainsi le potentiel de mise en œuvre des soins de santé mentale axés sur la collaboration dans les contextes des de santé soins primaires.

Toutes les provinces et territoires ont mis en place ou sont sur le point de mettre en place une forme quelconque d'initiative locale de soins de santé primaires qui comprend les soins de santé mentale ou reconnaissent que les soins de santé mentale doivent être intégrés dans le plan (p. ex. des ententes pour le partage des soins, des organisations de soins de santé primaires, des instances locales, des équipes de soins primaires ou d'aide aux familles). Cette tendance indique un changement significatif vers une approche à la santé de la population axée sur l'utilisateur qui considère la santé mentale comme partie des soins de santé primaires.

### *Obstacles au financement*

Alors que la plupart des provinces ont mis en place certaines alternatives concernant les ententes de rémunération depuis les années 1960, la plupart des médecins canadiens continuent d'être rémunérés à l'acte.

Des changements aux quatre coins du pays depuis 2002 indiquent une volonté accrue de la part des deux paliers de gouvernement et des prestataires de soins, particulièrement les omnipraticiens et les psychiatres, d'examiner les obstacles aux soins de santé primaires et/ou de santé mentale axés sur la collaboration inhérents à certaines modalités de financement.

Par exemple, en 2004 seulement :

- ✎ L'Association médicale et le gouvernement de la Colombie-Britannique ont signé une entente qui incorpore une composante significative concernant la façon dont les médecins de famille seront rémunérés pour la prestation des soins de santé mentale.

- En Nouvelle-Écosse, un nouveau contrat provincial avec les médecins de soins primaires et les psychiatres comprend un programme alternatif de rémunération qui devrait élargir les options de rémunération dans l'avenir.
- Santé et Mieux-être Alberta, les autorités sanitaires régionales et l'Association médicale de l'Alberta ont signé une entente tripartite permettant la création d'initiatives locales en soins de première ligne (ILSL) qui offrent aux omnipraticiens des mesures incitatives pour travailler au sein d'équipes multidisciplinaires.
- Le groupe de travail sur les modèles de rémunération des médecins au Nouveau-Brunswick élabore et met en œuvre d'autres modèles pour la rémunération des médecins.

### 3. Les soutiens quant à la disponibilité et l'utilisation de la technologie de l'information, comme Télésanté mentale et les services de Télésanté 24/7, augmentent.

Les initiatives réussies de collaboration en santé mentale reconnaissent le besoin de systèmes et de structures de soutien.<sup>5</sup> La technologie de l'information (p. ex. les dossiers de santé électroniques, l'échange d'information sur le Web, les téléconférences, vidéoconférences, courriels et serveurs de liste) est une caractéristique intégrante des systèmes de soutien qui facilitent les réformes stratégiques et favorisent les soins axés sur la collaboration. Au cours des dernières années, l'utilisation de la télétransmission pour les consultations cliniques, les conférences de cas cliniques, les présentations éducatives et les réunions administratives a augmenté dans l'ensemble du pays. Ceci indique que la plupart des provinces développent les systèmes

informatiques nécessaires pour soutenir les soins en collaboration.

### 4. Il y a un certain nombre de défis et de possibilités en soins de santé mentale axés sur la collaboration.

#### *Défis*

Dans leurs efforts pour offrir des soins de santé primaires et ou de/santé mentale axés sur la collaboration, les provinces sont confrontées à des défis communs résumés ci-dessous.

#### *Attitudes / compréhension, y compris :*

- les stigmates associés à la maladie mentale
- le manque relatif d'attention dont fait l'objet la santé mentale dans le continuum de soins
- la difficulté expérimentée par les gens qui ont des besoins en santé mentale d'avoir accès aux services de soins de santé primaires
- la ligne de partage artificielle entre la santé 'physique' et 'mentale' (p. ex. on fait une corrélation entre la dépression et le cancer, alors que le système de santé n'est pas structuré pour identifier, diagnostiquer et traiter adéquatement les individus souffrant de maladies physiques et mentales)

#### *Ressources humaines en santé issues, y compris :*

- la pénurie de professionnels en santé mentale
- les problèmes de recrutement et de rétention des prestataires de soins de santé mentale et de primaires, et l'absence de planification des effectifs en santé mentale

- ∞ le manque de compréhension des problèmes de santé mentale chez les prestataires de soins de santé et un manque de formation en santé mentale chez les professionnels de la santé
- ∞ le manque de coordination entre les prestataires de soins de santé primaires et de santé mentale et entre les prestataires de services communautaires de santé mentale
- ∞ le besoin d'éducation entourant les avantages des soins de santé mentale axés sur la collaboration, de formation en soins de collaboration et les autres possibilités d'apprentissage multidisciplinaire
- ∞ le manque de temps chez les professionnels de la santé déjà surmenés pour apprendre de nouvelles façons de travailler

*Aspects financiers, y compris :*

- ∞ des modèles de rémunération existants pour les médecins qui ne favorisent pas les soins en collaboration interdisciplinaire ou ne reconnaissent pas les complexités de soigner les personnes qui ont besoin de soins en santé mentale
- ∞ la réticence de nombreux médecins à opter pour de nouveaux modèles de rémunération
- ∞ les différents systèmes de rémunération pour les prestataires non médecins, notamment les psychologues, qui sont payés par des sources privées ou des tiers, ajoutant ainsi à la difficulté de mettre en œuvre les modèles de soins de collaboration interdisciplinaire
- ∞ le manque de financement adéquat et durable pour les services en santé mentale (p. ex. l'incapacité, dans les contextes de soins primaires, de fournir

les soutiens exigeant de nombreuses ressources requises par les individus souffrant de maladies mentales)

- ∞ le manque de ressources pour développer/soutenir les modèles de soins en collaboration
- ∞ le besoin d'un financement accru pour l'éducation du public et la prévention

*Aspects d'ordre juridique, y compris :*

- ∞ la confusion quant à la responsabilité professionnelle pour les décisions prises par une équipe interdisciplinaire
- ∞ les questions entourant l'étendue de la pratique pour les médecins de famille et les psychiatres
- ∞ questions de nature syndicale susceptibles de survenir alors que les rôles des professionnels de la santé/prestataires de soins de santé changent au fil du temps

*Information et outils, y compris :*

- ∞ le manque d'informations sur les déterminants sociaux et de la santé qui identifient les populations à risque de maladie mentale
- ∞ le manque de connaissances adéquates entourant les ressources en santé mentale disponibles dans la collectivité
- ∞ le besoin de développer des outils de dépistage et des protocoles thérapeutiques pour les prestataires de soins de santé, ainsi que des outils d'autogestion pour les clients
- ∞ le besoin de développer des outils / technologies qui faciliteront la collaboration entre les soins primaires et les soins en santé mentale (p. ex. télésanté mentale, protocoles pour partager l'information sur la clientèle, protocoles pour référer les clients, tenue des dossiers de santé électroniques)

- ↪ le besoin d'un soutien additionnel pour le personnel travaillant dans les régions plus éloignées (p. ex. conférences de cas, formation)

*Aspects entourant la réforme des soins de santé, y compris :*

- ↪ le besoin de ressources pour gérer efficacement les changements structurels importants et les transferts de responsabilités qui se produisent dans les systèmes de santé à la grandeur du pays
- ↪ le besoin d'augmenter la capacité des services de soins à domicile, de jouer un rôle élargi de soins en santé mentale et la gestion de cas

#### *Autres défis*

En plus des défis communs énumérés ci-dessus, certaines provinces – soit à cause de la géographie ou de la nature des populations qu'elles desservent – sont confrontées à des défis uniques pour fournir des soins de santé mentale en collaboration, y compris :

- ↪ les coûts et autres défis (p. ex. des taux supérieurs de roulement de personnel) associés à la prestation des soins dans de vastes régions nordiques
- ↪ le défi d'intégrer les soins de santé mentale et les façons traditionnelles autochtones de guérir et traiter les maladies mentales graves
- ↪ le besoin de programmes thérapeutiques fondés sur des preuves qui sont adaptées aux populations desservies

#### *Possibilités*

Malgré les défis sérieux auxquelles elles sont confrontées, la plupart des provinces sont en mesure d'identifier les forces de leurs systèmes

pouvant favoriser le soins de santé mentale axés sur la collaboration, y compris :

#### *Leadership/engagement*

- ↪ La plupart des provinces indiquent jouir d'un solide leadership professionnel et politique et d'un excellent soutien pour les soins de santé mentale en collaboration.
- ↪ Dans certains cas, ce leadership a entraîné une éducation du public, une participation communautaire et un engagement des citoyens à grande échelle.

#### *Changements systémiques*

- ↪ Certaines provinces ont apporté des changements systémiques (p. ex. intégration des services de santé et sociaux sous un seul ministère) qui facilitent l'amélioration des programmes de santé mentale au sein des structures des soins primaires existantes.

#### *Structures et outils, y compris :*

- ↪ des visions communes
- ↪ des équipes de gestion intégrées
- ↪ un engagement marqué en recherche et évaluation
- ↪ des registres de données pour soutenir les soins primaires / soins de santé mentale
- ↪ l'utilisation de la technologie de télésanté
- ↪ la mise en commun de l'information
- ↪ de nouvelles approches pour la rémunération des professionnels visant à favoriser le mentorat et la formation des autres professionnels
- ↪ offrir aux services de soins de santé primaires un meilleur accès aux psychologues qui fournissent des soins

aux patients souffrant de problèmes de santé mentale légers ou modérés

#### *Initiatives réussies*

- ∞ Certaines provinces indiquent que le fait d'avoir en place des modèles qui ont donné de bons résultats stimule le progrès.

Les provinces couvrant une superficie moindre (p. ex. l'Î.-P.-É.) et celles moins peuplées (les T.N.-O., le Nunavut) rapportent que ces conditions entraînent un taux élevé d'interdépendance et d'appartenance à la communauté entre les programmes de soins de santé primaires et les programmes communautaires de santé mentale, ce qui entraîne un taux élevé d'appréciation et une volonté de faire un meilleur usage des ressources limitées.

Une province note également que le fait d'avoir un plus petit nombre de paliers gouvernementaux simplifie la prise de décision, la planification et la mise en œuvre.

### **5. On constate un changement majeur dans l'état de la réforme du système de santé dans chaque province et territoire.**

Sept des dix provinces ont été ou sont présentement engagées dans des réformes majeures du système de santé. Bon nombre de ces réformes visent à promouvoir les soins de collaboration interdisciplinaires et ont le potentiel d'aider à intégrer les services de santé mentale dans le contexte des soins primaires. Par exemple :

#### *2002*

- ∞ En Colombie-Britannique, fusion de 52 régions en cinq autorités régionales de la santé, avec une autorité provinciale de la

santé responsable des services dispensés dans l'ensemble de la province et des services spécialisés.

- ∞ Au Nouveau-Brunswick, les corporations d'hôpitaux existantes ont été transformées en régies régionales de la santé (RRS). Les premières élections aux Conseils d'administration des RRS ont eu lieu en mai 2004. Le transfert aux RRS des responsabilités des services communautaires de santé mentale et de santé publique est actuellement en cours.
- ∞ La Saskatchewan a commencé à développer ses autorités régionales de la santé.

#### *2003*

- ∞ En Alberta, 17 autorités sanitaires régionales (ASR) ont fusionné en neuf autorités et la plupart des services de santé mentale ont été transférés de l'Alberta Mental Health Board aux ASR.

#### *2004*

- ∞ Terre-Neuve et Labrador ont annoncé des plans visant à intégrer 14 conseils de la santé.
- ∞ En octobre, l'Ontario a annoncé son intention de créer des réseaux locaux d'intégration des services de santé.
- ∞ Au Québec, les centres locaux de services communautaires (CLSC), les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée ont été fusionnés en 95 instances locales.

Le Yukon est unique puisque son gouvernement est responsable d'administrer la gamme complète des services de santé depuis 1997 seulement.

## 6. La réforme des soins à domicile, à la lumière des recommandations du rapport Romanow concernant la gestion des cas de santé mentale et l'intervention au domicile n'a pas encore été appliquée dans l'ensemble du pays.

Le rapport Romanow<sup>6</sup> a fait deux recommandations très spécifiques concernant les services de soins à domicile pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale :

- ↪ Une approche par gestion de cas devrait être adoptée où un gestionnaire de cas travaillerait directement avec l'individu, les autres prestataires de soins de santé et les organismes communautaires pour suivre de près l'état de santé de l'individu et s'assurer que les soutiens appropriés sont en place.
- ↪ L'intervention à domicile devrait être disponible pour venir en aide et soutenir les clients qui ont des périodes occasionnelles aiguës de comportement perturbateur pouvant constituer une menace pour eux-mêmes ou pour les autres, évitant ainsi une hospitalisation non nécessaire.

Bien que les services de gestion de cas et d'intervention à domicile existent sous différentes formes et à de divers degrés dans l'ensemble du pays (p. ex. les équipes de suivi intensif dans le milieu), le secteur des soins à domicile ne fait pas partie intégrante de la gestion de cas ou de l'intervention à domicile pour les soins de santé mentale.

Cette section a résumé les six principaux thèmes découlant de l'analyse des rapports et des entrevues auprès des informateurs clés. La prochaine section passe en revue les politiques

en santé mentale et en soins de santé primaires ainsi que les défis et possibilités de la mise en œuvre des soins de santé mentale axés sur la collaboration dans chaque province et territoire.



# SOMMAIRES PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX

## Alberta

Au cours des deux dernières années, l'Alberta a connu des changements significatifs aux niveaux politique et organisationnel. Le rapport Mazankowski<sup>7</sup> a entraîné plusieurs changements importants, notamment la transition de 17 à neuf autorités sanitaires régionales (ASR) en avril 2003. Au même moment, la province procédait également au transfert de la plupart des services de santé mentale de l'*Alberta Mental Health Board* – qui, historiquement, avait administré les cliniques communautaires de santé mentale, les soins institutionnels et les centres de soins de santé mentale – aux ASR.

En janvier 2004, Santé et Mieux-être de l'Alberta, les ASR et l'Association médicale de l'Alberta ont signé une entente tripartite permettant la création d'Initiatives locales en soins primaires (ILSP). Ces ILSP offrent aux omnipraticiens des mesures incitatives pour travailler avec des spécialistes et autres intervenants afin d'offrir un accès 24 heures par jour, 7 jours par semaine, aux services de soins de santé primaires et encouragent l'utilisation accrue des équipes multidisciplinaires. Présentement, la plupart des médecins impliqués dans ces initiatives continuent de travailler selon le principe de la rémunération à l'acte. Le projet vise à financer douze initiatives locales en soins primaires aux quatre coins de l'Alberta en 2004-05.<sup>8</sup>

Le plan provincial de santé mentale, *Advancing the Mental Health Agenda*, a été publié en mai 2004.<sup>9</sup> Le plan a été élaboré par un comité de direction représentant les neuf ASR de l'Alberta, l'*Alberta Mental Health Board*, l'*Alberta Alliance on Mental Illness and Mental Health*,

l'*Association médicale de l'Alberta*, l'*Association des psychiatres de l'Alberta et Santé et Mieux-être de l'Alberta*. Le plan aborde les principaux aspects des services de santé mentale : une vision d'avenir pour la santé mentale en Alberta, les services requis, comment les programmes et les services devraient être financés, comment assurer un approvisionnement adéquat de travailleurs hautement qualifiés en santé mentale et comment appliquer la recherche et l'évaluation afin d'orienter les projets futurs.

Utilisant le plan provincial de santé mentale comme point de départ, on s'attend à ce que les régies régionales de la santé développent leurs propres projets de santé mentale d'ici le printemps 2005. Les résultats anticipés devraient se traduire par un système de santé totalement intégré avec une gamme complète de services pour soins aigus, continus et à domicile conçus et dispensés dans chaque région en réponse aux besoins identifiés. Ceci comprend une emphase accrue sur le modèle de soins primaires soins partagés et un financement protégé pour assurer l'inclusion des soins de santé mentale et faciliter la transition.<sup>10</sup>

L'une des initiatives les plus réussies en Alberta se trouve dans la région sanitaire de Calgary où quarante-quatre médecins de famille, quatre psychiatres et cinq autres intervenants en santé mentale se sont regroupés pour dispenser des soins aux personnes ayant besoin de services de santé mentale.<sup>11</sup> Basé sur une étude pilote initiée en 1977, ce modèle de prestation réunit médecins de famille, psychiatres, personnel infirmier, travailleurs sociaux et psychologues pour consultation et collaboration. Le modèle a reçu un accueil favorable des clients et du personnel.

## État actuel de la réforme des soins à domicile

Les autorités sanitaires régionales offrent la gestion de cas aux clients nécessitant des services de santé mentale, les reliant à des services et soutiens thérapeutiques, d'emploi, de logement, de soutien de revenu, de suivi médicamenteux et autres. Toutefois, le secteur des soins à domicile n'est pas, en soi, un important moyen de prestation de services pour les gens souffrant d'une maladie mentale, tant pour les services de santé mentale à domicile que pour la gestion de cas.<sup>12</sup>

## Utilisation de la technologie de l'information

Le réseau de télésanté de la province de l'Alberta dessert toutes les autorités sanitaires régionales et les deux conseils provinciaux. Le système est en fonction depuis septembre 2001 et a largement servi pour les consultations cliniques, les conférences de cas cliniques, les réunions administratives et les présentations éducatives de télésanté, y compris la télésanté mentale.<sup>13</sup>

## Défis et possibilités

### Défis

Voici certains défis à la collaboration en soins primaires santé mentale qu'il reste à relever en Alberta :

- ∞ pénurie de professionnels en santé mentale
- ∞ besoins en ressources des divers modèles de soins axés sur la collaboration
- ∞ éducation supplémentaire pour démontrer les avantages et les façons de mettre en œuvre une approche interdisciplinaire de soins partagés

- ∞ surmonter la réticence à adopter de nouveaux modèles de rémunération pour les médecins

### Possibilités

L'Alberta possède des forces uniques qui ont un potentiel positif. Certaines de ces forces comprennent, notamment :

- ∞ un appui ferme de Santé et Mieux-être Alberta ainsi que son leadership
- ∞ le modèle de Calgary dont le succès suscite l'intérêt.<sup>14</sup>

## Colombie-Britannique

Au cours des quatre dernières années, la Colombie-Britannique a procédé à une restructuration majeure de son système de santé, avec cinquante-deux régions fusionnées en cinq régions et une autorité provinciale des services de santé créée pour les services dans l'ensemble de la province et les services spécialisés. Tout au long de ce processus, la Colombie-Britannique a continué de démontrer son engagement dans le renouvellement des soins primaires. Dans le rapport intitulé *Renewing Primary Health Care for Patients in British Columbia*<sup>15</sup> un soutien est accordé à toute une gamme de modèles de pratique identifiés qui pourraient être adoptés par les autorités sanitaires, y compris les *Primary Health Care Organizations, Community Health Centres, Patient Care Networks, and Shared Care Arrangements*. Les autorités régionales de la santé sont identifiées comme le fer de lance dans la mise en œuvre de ces initiatives.<sup>16</sup>

Le renouvellement des soins de santé primaires repose sur la décision d'adopter un modèle de gestion des maladies chroniques. Pour la maladie mentale, il y a eu une orientation élargie qui dépasse le cadre

des maladies mentales graves pour inclure le fardeau des troubles légers à modérés, notamment la dépression, l'anxiété et autres troubles concomitants.<sup>17,18</sup>

The Ministry of Health Planning and the Ministry of Health Services ont également soutenu la planification des autorités sanitaires et la prestation de services améliorés en santé mentale et en toxicomanie avec le développement et / ou la distribution d'une variété de guides fondés sur des preuves, de lignes directrices de planification et de publications sur des pratiques exemplaires, y compris :

- *Guidelines on Diagnosis and Management of Major Depressive Disorder, Depression Toolkit, and Patient Guide*
- *Best Practices Guidelines Related to Reproductive Mental Health*
- *Electro-Convulsive Therapy Guidelines for Health Authorities in B.C.*
- *Supporting Families with Parental Mental Illness*
- *Peer Support Resource Manual*
- *Early Psychosis - A Care Guide*
- *British Columbia's Provincial Depression Strategy Phase 1 Report*
- *Provincial Anxiety Disorders Strategy (Phase 1)*
- *Crystal Meth and Other Amphetamines: An Integrated B.C. Strategy*

Dans l'ensemble du réseau, certaines initiatives stratégiques clés sont présentement au stade de développement (2004-2005) :

- *Provincial Depression Strategy Phase 2*
- *Provincial Anxiety Disorders Strategy Phase 2*
- *Mental Health and Addictions Information Plan (ongoing)*

### ➤ *Chronic Disease Management for Depression and Anxiety Disorders*<sup>19</sup>

Tout récemment, le gouvernement publiait le document *Every Door is the Right Door: A British Columbia planning framework to address problematic substance use and addiction*.<sup>20</sup> Cette structure soutient un continuum intégré de services et un modèle coopératif d'interventions communautaires et du système de santé pour traiter l'utilisation de substances, les toxicomanies et les maladies mentales qui intègrent les modèles de prestation de services identifiés dans le renouvellement des soins de santé primaires.

La majorité des services de santé mentale sont encore dispensés par des médecins rémunérés à l'acte et par le biais des centres de santé mentale. Toutefois, une entente signée récemment entre l'Association médicale de la Colombie-Britannique et le gouvernement provincial (juillet 2004) comporte une section importante sur les modes de rémunération des médecins de famille pour la prestation des soins en santé mentale (les détails n'étaient pas disponibles au moment de rédiger le présent rapport).<sup>21</sup> Une loi d'autorisation pour les infirmières praticiennes a été adoptée en 2003.

Historiquement, la Colombie-Britannique offrait le suivi intensif dans le milieu aux gens souffrant d'une maladie mentale grave et, grâce à ce moyen, les clients ont eu accès à des équipes d'entraide, des services de logement, de réadaptation et de soutien à l'emploi. Plus récemment, des travailleurs au sein de groupes d'entraide ayant reçu une formation spéciale se sont joints à des gestionnaires de cas pour aider les gens ayant une maladie mentale grave à vivre de façon autonome à leur domicile.<sup>22</sup>

La Colombie-Britannique a mis à la disposition du public un certain nombre d'outils, y compris un Guide de santé, une ligne de services infirmiers 1-800 (« BC Nurse Line »

sur 24 heures comprenant les services d'un pharmacien) et un site Web. En plus, 50 sites aux quatre coins de la province offrent un service de télésanté par vidéoconférence.

## Défis et possibilités

### Défis

Les défis à surmonter pour en arriver à un degré supérieur des soins de santé mentale axés sur la collaboration dans les contextes de soins de santé primaires comprennent, notamment :

- ∞ développer et distribuer les bons outils pour les prestataires de soins et des outils d'autogestion pour les clients afin de pouvoir dispenser les bons soins (p. ex. outils de dépistage, protocoles thérapeutiques)
- ∞ réduire les stigmates entourant les soins de santé mentale et augmenter leur niveau d'importance relative dans le continuum de soins de santé
- ∞ fournir un financement adéquat et durable pour les services de santé mentale
- ∞ développer et mettre en application des outils pour faciliter une meilleure intégration entre les soins primaires et de santé mentale (p. ex. télésanté mentale, rémunération accrue pour le temps que les médecins consacrent aux patients)
- ∞ le manque de temps chez les professionnels de la santé déjà surmenés pour apprendre de nouvelles façons de travailler

### Possibilités

Voici certains des avantages que l'on retrouve en Colombie-Britannique :

- ∞ un engagement marqué en recherche et évaluation, surtout grâce à un partenariat solide avec l'Université de la Colombie-Britannique
- ∞ le développement de registres de données qui facilitent le développement d'outils pour soutenir les soins interdisciplinaires primaires/santé mentale
- ∞ un appui politique de taille pour les soins de santé mentale / primaires axés sur la collaboration<sup>23</sup>

## Manitoba

En avril 2002, le ministère de la Santé du Manitoba publiait le Cadre d'action pour les soins de santé primaires<sup>24</sup> dans le but d'orienter les 11 offices régionaux de la santé (ORS) dans la planification, le développement et le soutien des réseaux de soins de santé primaires (RSP) officiellement intégrés. Les RSP insisteront notamment sur: des systèmes communs de technologie de l'information, des réunions d'équipes intégrées, des systèmes de communication et de classification, la formation sur l'exercice en collaboration dans le curriculum de base pour les prestataires de soins de santé, des modèles alternatifs de rémunération, une proportion accrue de médecins de famille qui exercent sous ces modèles et un centre d'appels provincial relié aux RSP.

La responsabilité opérationnelle des services de santé mentale incombe aux offices régionaux de la santé du Manitoba, y compris la planification, la prestation et la gestion

continue des services. Les principaux services de santé mentale qui seront disponibles pour les résidents de toutes régions comprennent :

- Traitements pour soins intensifs de courte durée
- Services d'évaluation et d'identification
- Services mobiles d'intervention d'urgence
- Unités de stabilisation d'urgence
- Options de logement avec services de soutien
- Réadaptation psychosociale
- Soutiens familiaux et d'entraide
- Gestion des cas graves
- Soins de longue durée et capacité de traitement
- Services de prévention, de promotion et d'éducation du public
- Alternatives communautaires aux soins de courte durée, y compris les ressources de maisons d'hébergement et les unités de stabilisation d'urgence<sup>25</sup>

Certains individus ne répondent pas aux critères d'admissibilité des programmes communautaires de santé mentale des ORS ou du programme de vie communautaire et de services de soutien des familles et du logement, et qui représentent un risque significatif pour eux-mêmes ou la collectivité. L'unité provinciale de services aux clients ayant des besoins spéciaux est une initiative regroupant trois ministères, soit le ministère de la Santé, de la Justice et des Services à la famille, qui est devenue fonctionnelle à l'automne 2001. L'unité est composée d'une équipe qui offre les services de gestion de cas, de consultation et de soutien aux clients ayant des besoins spéciaux aux quatre coins de la province.<sup>26,27</sup>

Le ministère de la Santé du Manitoba a également un bureau du psychiatre en chef provincial qui est responsable de mettre en

application la Loi sur la santé mentale, d'offrir une consultation professionnelle aux divers secteurs du système de santé, de coordonner le Programme de formation professionnelle en psychiatrie et de favoriser le recrutement et la rétention des psychiatres pour les régions mal desservies du Manitoba.<sup>28,29</sup>

Au cours des dernières années, la santé mentale a été identifiée comme une priorité majeure au sein du ministère de la Santé. Ceci a eu pour effet de rehausser le profil de la santé mentale au Manitoba et d'inciter la réalisation des objectifs décrits dans la politique sur le renouveau en santé mentale (initiée en 2001).<sup>30</sup> Le renouveau en santé mentale comprend un élargissement du mandat du système de santé mentale et une réorientation des services de santé mentale vers une approche de soins de santé primaires qui met l'accent sur des stratégies de prestation de services axées sur la promotion, la prévention et l'intervention précoce. Cette approche reflète les principes de santé communautaire et repose sur un système coordonné et intégré. L'un des principaux objectifs vise à améliorer l'intégration et la continuité des services de santé mentale et des soins de santé primaires.

En 2002-03, le ministère de la Santé du Manitoba a continué de travailler à la réalisation des objectifs du renouveau en santé mentale et a, entre autres :

- offre un financement additionnel aux offices régionaux de la santé (ORS) pour du personnel de soutien au logement afin d'aider les gens souffrant de maladie mentale à trouver, obtenir et garder un logement dans la communauté
- poursuivi son travail avec le Conseil consultatif provincial en santé mentale pour élaborer une politique provinciale

sur la participation significative de l'utilisateur

- financé et soutenu le Partenariat pour le renforcement de l'autonomie de l'utilisateur afin de promouvoir le développement des capacités et la participation des usagers dans leurs collectivités<sup>31</sup>

À Winnipeg, l'Office régional de la santé de Winnipeg et le ministère de la santé, des services à la famille et du Logement du Manitoba ont collaboré à l'Initiative des services intégrés de Winnipeg (ISIW). Ce modèle d'accès facilite l'accès aux services de santé, de logement et sociaux, une activité centralisée pour les 12 communautés de Winnipeg et un aspect particulièrement important lorsqu'on offre des services à des individus ayant des besoins spéciaux à cause d'une maladie mentale.

L'ORS de Winnipeg a récemment mis en œuvre certaines initiatives de collaboration novatrices, notamment :

- des cliniques médicales – chacune offrant les services d'un médecin de famille, d'un conseiller en soins partagés et d'un psychiatre – qui soutiennent les clients dont les besoins en santé mentale dépassent ceux pouvant être traités uniquement par le médecin de famille
- Une étude pilote sur la gestion de cas pour les personnes ayant des besoins intenses en santé mentale<sup>32,33</sup>

### Défis et possibilités

Tout en saisissant les possibilités, le Manitoba continue aussi de relever les défis associés à l'intégration des soins primaires et des services de santé mentale, notamment :

- les questions de responsabilité
- les aspects liés à l'étendue de la pratique
- les modèles de rémunération pour les médecins

- le recrutement et la rétention de professionnels qualifiés en santé mentale
- les stigmates entourant la maladie mentale
- la formation des médecins primaires pour diagnostiquer et dispenser des soins de santé mentale
- la difficulté des gens ayant des besoins liés à une maladie mentale d'avoir accès à des médecins primaires<sup>34</sup>

### Nouveau-Brunswick

En 2002, les corporations hospitalières existantes du Nouveau-Brunswick ont été transformées en régies régionales de la santé (RRS), avec responsabilité accrue et un mandat élargi pour la prestation des services de santé. Les premières élections aux conseils des RRS ont eu lieu en mai 2004 et le processus de transition pour transférer la responsabilité des services de santé mentale et de santé publique aux RRS est présentement en cours.<sup>35</sup>

Au printemps 2002, le gouvernement provincial a adopté une loi facilitant l'introduction des infirmières praticiennes dans la province, une composante importante dans la croissance du réseau provincial de Centres de santé communautaires (CSC) qui utilise un modèle multidisciplinaire impliquant les médecins, infirmières, infirmières praticiennes et autres professionnels de la santé. Des centres de santé communautaires sont maintenant en place ou en développement dans cinq des communautés du Nouveau-Brunswick.

Un modèle pour au moins quatre nouvelles cliniques de pratique en collaboration a été mis en œuvre dans diverses régions de la province afin de démontrer le besoin d'un nombre supplémentaire de prestataires de soins de santé primaires. Ces cliniques de pratique en

collaboration, dont la première a ouvert en 2003, sont composées de médecins, d'infirmières et d'infirmières praticiennes qui travaillent en équipe. La plupart des médecins sont rémunérés à l'acte.<sup>36</sup>

Le ministère de la Santé et du Bien-être entend créer un nouveau comité de collaboration en soins de santé primaires qui examinerait et ferait des recommandations sur la mise en œuvre de modèles de prestation de services de soins primaires plus accessibles et plus efficaces. Cette emphase sur les soins de collaboration a été réaffirmée par le gouvernement dans son récent document de politique « Un avenir en santé : protéger le système de santé du Nouveau-Brunswick. »<sup>37</sup> Cette initiative sera soutenue par des groupes de travail, dont l'un est le Groupe de travail sur les modèles de rémunération des médecins qui élabore et met en application des modèles pour la rémunération des médecins qui soutiendront leur participation dans les soins de santé primaires.

Le Nouveau-Brunswick compte également 13 centres de santé mentale communautaires (CSMC) dont les responsabilités consistent à maximiser l'utilisation des ressources régionales de santé mentale et à assurer la bonne coordination des services dispensés par les centres de santé mentale communautaires, les unités psychiatriques et les autres organismes pertinents de leur région.<sup>38</sup>

Le Nouveau-Brunswick joue depuis longtemps un rôle de chef de file dans la prestation des services de santé au domicile des patients. Au cours des quatre prochaines années, l'intervention d'urgence en santé mentale, l'intervention précoce dans les cas de psychose et le suivi intensif dans la communauté seront élargis afin de mieux répondre aux besoins à domicile pour les personnes dont la santé mentale pose certains défis.

Le Nouveau-Brunswick est à la phase initiale de développer un dossier-patient électronique et compte un programme de télésanté mentale dans l'une des régions sanitaires. Une deuxième région sanitaire est prête pour la mise en œuvre de son propre programme de télésanté mentale.<sup>39</sup>

## Défis et possibilités

### Défis

La collaboration efficace en santé mentale dans les contextes primaires pose certains défis, notamment :

- ∞ des changements structureaux continus et importants, dont le transfert des responsabilités, qui exigent une gestion de changement ciblée
- ∞ le nombre inadéquat de professionnels formés en santé mentale

### Possibilités

Les principales mesures incitatives et possibilités pour les soins de santé mentale axés sur la collaboration dans les contextes des soins de santé primaires comprennent :

- ∞ des réunions de gestion en collaboration avec tous les vice-présidents des centres de santé mentale communautaires et les directeurs de la santé mentale
- ∞ le partage d'une vision commune avec des objectifs communs et des pratiques exemplaires
- ∞ l'éducation continue des intervenants, le partage de l'information et la gestion planifiée du changement<sup>40</sup>

## Terre-Neuve et Labrador

Au cours des dernières années, Terre-Neuve et Labrador ont consacré beaucoup d'énergie

dans la planification et la mise en œuvre des soins de santé primaires et des soins de santé mentale axés sur la collaboration. En septembre 2002, le plan *Healthier Together: A Strategic Health Plan for Newfoundland and Labrador* définissait les orientations du système de santé et des services communautaires pour les cinq prochaines années et identifiait l'intention d'établir un nouveau modèle de soins de santé primaires.<sup>41</sup>

Un an plus tard, une stratégie de mise en œuvre intitulée *Moving Forward Together: Mobilizing Primary Health Care - A Framework for Primary Health Renewal for Newfoundland and Labrador*<sup>42</sup> a été publiée. Ce cadre de travail décrivait la transition vers les équipes de soins de santé primaires dans l'ensemble de la province. Le renouvellement des soins de santé primaires a entraîné la création de réseaux qui allaient permettre aux médecins, infirmières, responsables de la santé publique, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, physiothérapeutes et autres intervenants en santé de travailler ensemble à la prestation de services complets et accessibles aux collectivités.

Durant la phase initiale du renouvellement, sept propositions ont été acceptées pour la mise en œuvre (six rurales et une urbaine). Les sept équipes de soins de santé primaires (avec une équipe supplémentaire à venir) ont reçus d'importants soutiens par la création des postes suivants (dont la durée est de 18 mois) :

- ∞ Coordonnateur : soutient le changement organisationnel et gère la résolution des problèmes administratifs
- ∞ Facilitateur : soutient l'intégration des éléments suivants dans les soins cliniques : le bien-être, la prise en charge des maladies chroniques (dont la maladie mentale) et le renforcement des capacités communautaires
- ∞ Médecin responsable en médecine familiale : soutient l'intégration des

médecins dans une équipe globale de leadership<sup>43</sup>

Alors que les équipes de soins de primaires se développent, les 14 conseils de santé existants seront intégrés et leur nombre sera réduit. Une stratégie en santé mentale, *Working Together for Mental Health: A Proposed Mental Health Services Strategy for Newfoundland and Labrador*,<sup>44</sup> a été publiée en novembre 2003. Reconnaisant que les personnes souffrant d'une maladie mentale ont besoin de réseaux de soutien solides pour les aider à gérer leur maladie et qu'il n'y a pas assez de services établis dans la communauté, notamment des programmes de jour, de soutien à domicile et de gestion de cas, cette vaste stratégie en santé mentale a également identifié la santé mentale comme composante clé des soins de santé primaires.

Voici certaines des recommandations spécifiques :

- ∞ Les cliniciens communautaires en santé mentale et les intervenants en toxicomanie devraient se joindre aux équipes de soins de santé primaires à mesure qu'elles seront établies dans l'ensemble de la province.
- ∞ Chaque équipe de soins de santé primaires devrait avoir accès à un système mobile d'intervention d'urgence pour les urgences en santé mentale.
- ∞ Des gestionnaires de cas doivent être désignés pour chaque région et assignés aux équipes de soins de santé primaires.
- ∞ Les individus souffrant de maladie mentale grave nécessitant des services de soutien afin de demeurer autonomes à domicile et au sein de leur communauté devraient pouvoir compter sur un soutien à domicile.
- ∞ Les psychiatres devraient faire partie de l'organisation de soins partagés avec

des médecins de soins primaires, ce qui faciliterait le soutien des soins de santé mentale dans le contexte de des soins primaires et assurerait de meilleurs soins aux usagers et à leurs familles.

Bien que les grandes lignes du cadre de travail pour la mise en œuvre de la Stratégie sur les services de santé mentale aient été définies, elles n'ont toutefois pas encore été approuvées par la province.

Un exemple d'un bon programme de santé mentale est la clinique START de St John's, où une équipe interdisciplinaire accepte les patients référés par les médecins de famille et, après avoir procédé à leur évaluation et élaboré un plan de traitement, cette équipe travaille de concert avec le médecin de famille pour soutenir le client.<sup>45</sup>

### Défis et possibilités

#### *Défis*

Voici certains des défis qui ont dû être relevés afin de faciliter les soins de santé mentale et primaires axés sur la collaboration à Terre-Neuve et au Labrador :

- ✎ le besoin d'intégrer les 14 conseils de santé
- ✎ le manque de possibilités de développement professionnel, particulièrement pour les professionnels qui travaillent en régions rurales / éloignées
- ✎ le besoin d'intégrer les médecins de famille aux conseils de la santé
- ✎ un environnement de restriction budgétaire dans l'ensemble de la province

#### *Possibilités*

Terre-Neuve et Labrador possède des réussites et des avantages uniques pour l'expansion des soins primaires/santé mentale interdisciplinaires, notamment :

- ✎ une population peu nombreuse qui rend la réforme plus facile à gérer
- ✎ le ferme désir des prestataires et du gouvernement d'accroître la capacité des soins de collaboration dans le système<sup>46</sup>

### Territoires du Nord-Ouest

La nature complexe de la prestation des soins de santé primaires et des services sociaux dans les Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.) est un facteur significatif de l'évolution des soins axés sur la collaboration avec les Territoires : l'étendue du territoire et la faible population, la répartition limitée des ressources professionnelles et les ententes sur l'autonomie gouvernementale sont tous des facteurs qui affectent l'organisation des services et la prestation des soins.<sup>47</sup>

En mars 2004, le ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest (MSSS) a publié un document d'orientation intitulé *Modèle de prestation de services intégrés* pour le système de services de santé et de services sociaux des T.N.-O. développé par le MSSS de concert avec les huit Autorités de la santé et des services sociaux (ASSS).<sup>48</sup> S'appuyant sur le travail réalisé précédemment pour décrire un cadre d'action pour les soins communautaires primaires dans les T.N.-O.<sup>49</sup>, le *Modèle de prestation de services intégrés* (MPSI) oriente dorénavant la santé et les services sociaux vers une approche axée sur les clients et basée sur le travail d'équipe.

Il y a six secteurs de services essentiels dispensés par chaque Autorité de la santé et

des services sociaux, à savoir : les services de diagnostic et les services curatifs, les services de réadaptation, les services de protection, les services de soins continus, les services de promotion de la santé et de prévention de la maladie et les services de santé mentale et de traitement des toxicomanies. Le mécanisme de prestation de ces services se fait selon l'un des modèles suivants : une équipe primaire de soins communautaires, une équipe de soutien régionale ou une équipe de soutien territoriale, chacune possédant respectivement un niveau accru de spécialisation et de formation.

Dans le cas des soins de santé primaires en santé mentale, on mise à investir dans les services dispensés dans la communauté et pour renforcer la capacité des ressources existantes. Le chapitre six du Modèle de prestation de services intégrés, Stratégie portant sur la toxicomanie et la santé mentale<sup>50</sup> définit un cadre de travail pour l'élaboration d'une structure tripartite destinée aux intervenants :

- Les travailleurs communautaires en bien-être – des gens qui entretiennent des liens solides avec la communauté et qui peuvent s'impliquer dans des activités de prévention mais n'offrent pas de counselling direct. Ceux-ci recevraient une supervision et une certaine formation.
- Les intervenants en santé mentale et en toxicomanie – des individus qui ont une formation plus structurée et spécialisée et qui s'impliquent dans le dépistage et le traitement direct.
- Les superviseurs cliniques – des professionnels qui offrent une supervision directe et une formation aux travailleurs communautaires en bien-être et aux intervenants et voient aussi un certain nombre de cas.

À cause des distances géographiques, les technologies de communication, notamment la télésanté mentale et la télésanté générale, sont de plus en plus utilisées. Bien que télésanté mentale traverse les frontières géographiques, les professionnels jugent que ce n'est pas efficace auprès de toutes les populations, particulièrement certaines populations autochtones et qu'on devrait, par conséquent, y apporter des modifications. Il est prévu d'étendre télésanté à chaque communauté des T.N.-O. Une ligne d'information téléphonique 1-800 et une ligne de triage Info-Soins T.N.-O. ont été installées récemment à la grandeur du territoire.<sup>51</sup>

### **Défis et possibilités**

#### *Défis*

Dans les T.N.-O., on a commencé à relever les défis de dispenser des services de santé mentale en collaboration interdisciplinaire par la mise en œuvre des initiatives mentionnées ci-dessus. Par contre, il reste des défis considérables à relever, notamment :

- les coûts substantiels des soins dans une région géographique aussi vaste que les T.N.-O.
- le problème de recrutement et de rétention de professionnels qualifiés
- les stigmates associés à la maladie mentale et les étiquettes qui y sont rattachées
- la tension entre les moyens utilisés par la culture traditionnelle pour traiter et guérir la maladie mentale grave et le modèle biomédical conventionnel

#### *Possibilités*

Toutefois, les T.N.-O. présentent des conditions favorables et des facteurs

intrinsèques, notamment la faible population (40 000), un haut degré d'interdépendance et un sentiment d'appartenance à la communauté entre les résidants, ainsi qu'une volonté politique d'améliorer les soins axés sur la collaboration et de mettre les services à la disposition de tous les résidants des territoires.<sup>52</sup>

## Nouvelle-Écosse

Au cours de l'année 2003, la Nouvelle-Écosse a diffusé un certain nombre de documents-cadres stratégiques importants pour la réforme des soins de santé primaires et des soins de santé mentale. En février 2004, le ministère de la Santé a publié deux rapports : *Standards for Mental Health Services in Nova Scotia* et *Strategic Directions for Nova Scotia's Mental Health System*,<sup>54</sup> alors qu'en mai, le Comité consultatif de la Nouvelle-Écosse sur le renouvellement des soins de santé primaires a publié son rapport, intitulé : *Primary Health Care Renewal- Action for Healthier Nova Scotians*.<sup>55</sup>

Depuis 1997, la Nouvelle-Écosse dispose d'autorités sanitaires de district (ASD) définies en fonction des régions géographiques. Plus récemment, il se dégage une tendance à vouloir adopter, pour la santé de la population, une approche centrée sur le client, laquelle considère la santé mentale dans un contexte de soins dispensés en collaboration. Pour améliorer la non interruption du continuum des services, on constate également l'impact positif généré par l'élaboration des politiques, la coordination et la prestation des services dans l'ensemble des services gouvernementaux responsables de l'habitation, l'aide au revenu, l'emploi, l'éducation et les services correctionnels, l'intégration améliorée des soins primaire et des services de soins de longue durée, sans oublier le renforcement de la fiabilité

du réseau des services communautaires non gouvernementaux.<sup>56</sup>

À partir des trois sites initiaux de démonstration pour les soins de santé mentale partagés instaurés en 1999 dans le district sanitaire de la Capitale (Halifax et ses environs), les services ont poursuivi leur expansion et ont ajouté cinq sites supplémentaires offrant une approche davantage multidisciplinaire avec une attention spéciale aux enfants et aux adolescents dans deux de ces sites de soins dispensés en collaboration.<sup>57</sup>

Le renouvellement des soins de santé primaires comporte un engagement à évaluer différentes méthodes de prestation, de prise en charge et de financement des services de soins de santé primaires. On a mis sur pied quatre sites de démonstration en soins primaires, situés dans des établissements existants et répartis dans la province. Chaque site de démonstration :

- ∞ a recruté une infirmière praticienne, élaboré et approuvé dans chacun des sites de démonstration des ententes pour des soins dispensés en collaboration entre les infirmières praticiennes et les médecins
- ∞ a adopté pour les médecins des mécanismes de rémunération autres que la rémunération à l'acte
- ∞ utilise des systèmes informatiques de pointe pour améliorer la prestation des services de santé primaires<sup>58</sup>

Les autorités sanitaires de district, avec l'aide de l'enveloppe provinciale/territoriale du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de Santé Canada, élaborent également un certain nombre de projets touchant les soins de santé primaires. La plupart sont des projets menés à petite échelle; on y retrouve également des initiatives de plus grande envergure. Les populations cibles et/les projets à l'étude vont

de la santé des femmes, la santé des jeunes et les connaissances dans le domaine de la santé aux réseaux de services et aux groupes élargis; la santé mentale fait partie du mandat de certains de ces groupes. Ces projets se poursuivront jusqu'en mars 2006 avec l'aide du Fonds pour l'adaptation.

Au niveau provincial, parmi les autres mesures facilitantes, on retrouve la législation adoptée en janvier 2002 qui permet aux infirmières praticiennes d'exercer en Nouvelle-Écosse, suivie par des amendements à la Nova Scotia Pharmacy Act and Regulations permettant aux pharmaciens de remplir les ordonnances rédigées par les infirmières praticiennes.<sup>59</sup> En 2004, un nouveau contrat provincial avec les médecins de soins primaires offre un plan de rechange à la rémunération à l'acte, dans l'espoir d'accroître les options de rémunération futures.<sup>60</sup>

Malgré l'efficacité apparente des équipes de soins primaires, celles-ci éprouvent des difficultés à cause de la pénurie des ressources pour répondre aux besoins des équipes, par exemple, nutritionnistes et spécialistes de la santé mentale, infirmières autorisées, travailleurs sociaux, psychologues, psychiatres et conseillers en toxicomanie.<sup>61</sup>

Le réseau télésanté de la Nouvelle-Écosse est un programme provincial de télécommunications administré par le ministère de la Santé. Les vidéoconférences contribuent à la prestation des soins et à l'éducation des individus et des familles. L'équipement sert à transmettre des données médicales et à communiquer par vidéoconférence entre les différents sites. La province compte présentement 63 stations de travail réparties dans 46 établissements de santé. Dans le cadre d'une nouvelle entente entre le gouvernement et les psychiatres sur les modes optionnels de rémunération, on a résolu certains obstacles à

l'utilisation des services de télésanté. Toutefois, ses applications à la santé mentale sont encore limitées.

Les services de soins à domicile sont réservés aux clients de la santé mentale et disponibles seulement dans les cas où existe un problème physique concomitant. Les services de prise en charge et de suivi intensif dans la collectivité, ainsi que les services mobiles d'intervention de crise sont offerts sur une base limitée. Si les services de soins à domicile dans le domaine de la santé mentale étaient offerts aux clients de la santé mentale, comme le recommande la Commission Romanow, il serait nécessaire d'offrir un supplément de formation et de recruter des ressources pour assumer cette capacité.

### **Défis et possibilités**

#### *Défis*

Parmi les défis que pose la collaboration en soins primaires/santé mentale, notons :

- ✎ obtenir l'acceptation du modèle de soins collaboratifs et interdisciplinaires
- ✎ recruter et retenir des professionnels bien formés
- ✎ accroître la disponibilité des services de santé mentale pour les enfants, les aînés et les interventions de crise
- ✎ développer une capacité à desservir les collectivités ethnoculturelles et celles des Premières nations
- ✎ assurer un financement viable pour les infrastructures des soins de santé primaires
- ✎ relever le niveau d'intérêt des médecins de famille envers les soins de santé mentale malgré les exigences de la pratique

- ↪ assurer un financement spécifique et adéquat pour soutenir une approche interdisciplinaire dans les équipes de soins

### Possibilités

Parmi les forces particulières de la Nouvelle-Écosse, notons :

- ↪ l'existence des autorités sanitaires de district ayant atteint leur maturité
- ↪ l'intensité du rapprochement entre les soins de santé primaires et la communauté
- ↪ la population de la Nouvelle-Écosse est stable et moins fluctuante<sup>62</sup>

## Nunavut

Le Nunavut est confronté à l'un des plus grands défis au Canada concernant les questions de soins de santé primaires et les soins de santé mentale à cause de son étendue et de sa faible densité de population. Le Nunavut compte près de 30 000 résidents répartis dans une superficie de 1,9 million de milles carrés. Antérieurement intégré aux Territoires du Nord-Ouest et créé il y a à peine cinq ans, le gouvernement du Nunavut a néanmoins pris des décisions importantes concernant la santé mentale et la réforme des soins de santé primaires.

En Avril 2000, le nouveau gouvernement du Nunavut a dissous les anciens conseils régionaux de santé et de services sociaux établis sous le système des T.N.-O. Les membres des anciens conseils sont devenus des employés du ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut, lequel gère maintenant les services de santé à l'échelle régionale.<sup>63</sup>

En mars 2002, le ministère de la Santé et des Services sociaux a publié un rapport sur une stratégie en toxicomanie et en santé mentale

dont les principes s'inspirent d'un modèle de soins de santé primaires qui insistent sur l'amélioration de la santé, la prévention de la maladie et la participation communautaire. À cause du taux de suicide très élevé, des problèmes de santé mentale et des toxicomanies chroniques, les services de santé mentale et de toxicomanie viennent en tête de liste des priorités pour les collectivités du Nunavut.

La stratégie décrit le continuum des services de santé mentale et de toxicomanie à instaurer dans chacune des communautés du Nunavut.

Ce continuum comporte cinq composantes :

- ↪ prévention de la maladie, amélioration de la santé et activités de développement communautaire
- ↪ auto-assistance et programmes et services d'aide mutuelle
- ↪ programmes et services communautaires
- ↪ intervention de crise
- ↪ services tertiaires centralisés dans certains établissements

En même temps, (mars 2003) le Nunavut a soumis sa demande au Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires. Ce financement est essentiellement destiné à aider le Nunavut à modifier ses infrastructures, notamment :

- ↪ accroître la proportion de la population qui a accès aux organisations de soins de santé primaires responsables de la prestation d'un panier de services prédéfinis et globaux à une population définie
- ↪ accroître l'emphase sur la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des blessures, ainsi que la prise en charge des maladies chroniques
- ↪ améliorer l'accès 24/7 aux services essentiels

- ∞ mettre sur pied des équipes interdisciplinaires de prestataires de soins de santé primaires de sorte que les soins les plus appropriés sont dispensés par l'intervenant le plus approprié
- ∞ faciliter la coordination et l'intégration avec les autres services de santé, autant dans les établissements que dans la communauté

Les deux documents insistent sur les valeurs et la sagesse inuites traditionnelles, ce qui oriente fortement ces initiatives.

Aujourd'hui, les centres de santé communautaire (CSC) constituent une importante plaque tournante pour les services de soins primaires. Les CSC sont installés dans 24 communautés. La capitale Iqaluit est desservie par le centre hospitalier régional de l'île de Baffin; les services de santé publique sont installés dans un établissement séparé. Typiquement, les principaux prestataires de soins dans les CSC sont des infirmières autorisées qui assurent la prestation des soins aigus, des services de garde avec une couverture 24/7, ainsi que les services infirmiers de santé publique. Le Nunavut déploie des efforts pour une meilleure intégration de tous les services, y compris ceux de la santé mentale, de sorte que les clients puissent bénéficier d'une meilleure accessibilité en termes de services de meilleure qualité dispensés en temps opportun.

Pour ses services spécialisés, le Nunavut fait appel à un modèle nord-sud, a maintenant des liens étroits avec certains services spécialisés du Manitoba et de l'Ontario, autant pour les services de soins de santé primaires que les services de santé mentale.

L'introduction des services dispensés à domicile et dans la communauté remonte à 1999; ils sont principalement destinés à répondre

aux besoins des personnes âgées et des malades chroniques résidant dans la communauté.

## Défis et possibilités

### *Défis*

Voici quelques-uns des défis que pose la réalisation de meilleurs soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte de soins de santé primaires :

- ∞ le recrutement et la rétention des cliniciens
- ∞ la pénurie des ressources thérapeutiques
- ∞ la nécessité d'augmenter le financement pour l'éducation publique et la prévention de la maladie
- ∞ un territoire vaste, dont la superficie représente le cinquième de la masse continentale du Canada.

### *Possibilités*

Parmi les facteurs fondamentaux et habilitants pour assurer la collaboration dans la prestation des soins de santé mentale au niveau des soins de santé primaires, notons :

- ∞ l'intégration dans un secteur unique des services de santé et des services sociaux, facilitant ainsi une meilleure intégration des champs professionnels de pratique et une amélioration de la programmation en santé mentale dans le cadre de l'environnement existant au niveau des soins de santé primaires
- ∞ l'utilisation de la technologie de télésanté;
- ∞ programmes extensifs d'éducation publique, de participation communautaire et d'engagement des citoyens.

## Ontario

En Ontario, on peut trouver une description des plus récents développements du renouvellement des soins de santé primaires dans un message, en date du 10 septembre 2004, du ministre de la Santé et des Soins de longue durée<sup>64</sup> décrivant la création proposée (d'un nombre indéfini) de réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS). L'Ontario est la seule province qui ne soit pas dotée d'un système régionalisé de soins de santé et bien que les RLISS puissent être considérés comme une étape vers la régionalisation, ils sont différents en ce sens qu'ils n'offriront pas directement des services et seront dépourvus de cloisonnement pour les patients.

Les 150 équipes de santé familiale font partie intégrante de la transformation des services de santé en offrant des soins globaux, multidisciplinaires et primaires 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Ces équipes agissent comme coordonnateurs des soins de santé pour aider les patients à naviguer dans le système de santé. Ces équipes seront mises sur pied grâce à un partenariat communautaire-ministériel.

En Ontario, de nombreux documents de politiques ont été publiés récemment sur le système de services de santé mentale, le principal étant « Franchir les étapes. »<sup>65</sup> Celui-ci a été suivi des rapports de neuf groupes d'étude sur la mise en oeuvre de la réforme des services de santé mentale qui ont fait des recommandations pour la mise en oeuvre de la réforme des services de santé mentale dans leurs régions respectives de la province.<sup>66</sup> Le Cadre de responsabilisation en santé mentale<sup>67</sup> du gouvernement de l'Ontario décrit les indicateurs qui signalent la nécessité d'une meilleure collaboration avec les soins de santé primaires. Tous les documents soulignent le besoin de créer des partenariats au sein du système de santé

et de développer des liens étroits avec d'autres services dans les domaines des services sociaux et des services juridiques.

Bien que des changements politiques soient apportés et que des modes de rémunération alternatifs pour les médecins soient envisagés, les soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires continuent d'évoluer, de façon officielle et non officielle, chez les prestataires de services en Ontario. Par exemple :

- Le Réseau de collaboration en santé mentale, à sa troisième année d'activité et soutenu par le gouvernement provincial, réunit médecins de famille, psychothérapeutes généraux et psychiatres, particulièrement dans les régions rurales et éloignées.
- Les Centres de santé communautaire (CSC) continuent d'offrir un éventail de services de soins primaires impliquant médecins, infirmières praticiennes, infirmières, travailleurs sociaux et diététistes et adoptent une approche globale aux besoins de santé.
- Les Organisations de services de santé (OSS) sont une composante du système de santé en Ontario depuis le début des années 1970, innovant avec les concepts de soins globaux à des populations inscrites.<sup>68</sup>

Comme dans d'autres provinces, le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires a contribué à soutenir les initiatives de santé mentale en collaboration interdisciplinaire. En Ontario, les Centres de santé communautaire, les services de soins à domicile et les services communautaires de santé mentale ont récemment reçu un financement considérable. Dans le cas des services communautaires de santé mentale, il s'agit de la première

augmentation du financement depuis douze ans.<sup>69</sup>

Conscient du potentiel que représentent les infirmières praticiennes pour répondre aux exigences d'une population vieillissante pour des services de soins primaires, le gouvernement de l'Ontario a mis en oeuvre une variété d'initiatives, y compris une augmentation significative du nombre d'infirmières praticiennes dans l'ensemble de la province, particulièrement dans les régions mal desservies. Il a également adopté une loi visant à élargir le champ d'activité des infirmières praticiennes.<sup>70</sup>

L'Ontario a également une législation en place pour tous les prestataires de soins de santé primaires par le biais de la Loi sur les professions de la santé réglementées.

L'Ontario dispose d'une ligne sans frais d'informations en matière de santé pour l'ensemble de la province desservie par des professionnels formés, ainsi qu'un réseau de télésanté accessible dans toute la province. Certaines régions peuvent aussi compter sur un service téléphonique intégré de consultation sur la santé où les conseils après les heures régulières, les fins de semaine et durant les congés, qui sont reliés à un médecin de garde, dans chacun des modèles de prestation de soins primaires, qui offre un suivi dès le lendemain selon la nature de l'appel.

Les services de soins à domicile en Ontario ont fait preuve de diligence pour s'adapter aux pressions d'un système de soins aigus ayant évolué rapidement et ont identifié la santé mentale comme un secteur nécessitant des soutiens additionnels dans leur éventail de soins.<sup>71</sup>

La gestion des cas graves est offerte aux gens ayant une maladie mentale grave qui nécessitent un soutien continu et à long terme.

Elle est typiquement offerte par le biais des programmes communautaires de santé mentale et combine l'aide dans le milieu, l'évaluation, la planification, la coordination de services, la représentation des intérêts et la coordination à d'autres services.<sup>72</sup>

Bien que la province ait des projets ambitieux pour l'instauration d'un système intégré de dossier-patient électronique aux quatre coins de la province, ces projets sont encore en attente de réalisation.

## Défis et possibilités

### Défis

Même si l'Ontario a réalisé des progrès considérables pour concrétiser les soins de santé mentale et les soins de santé primaires axés sur la collaboration, certains obstacles continuent de freiner la progression, notamment :

- la structure de rémunération pour les médecins de famille n'appuie pas un modèle interdisciplinaire ni ne reconnaît les complexités de soigner les gens qui ont des besoins spéciaux à cause d'une maladie mentale
- les psychologues, qui pourraient faire partie d'un modèle de soins en collaboration, sont essentiellement payés par des sources privées ou par des tiers
- la ligne de partage entre les problèmes de santé physique et de santé mentale est artificielle mais le système continue néanmoins de soutenir cette division

D'autres défis ont aussi été identifiés :

- le manque d'éducation/de formation des praticiens de soins primaires pour identifier la maladie mentale

- l'incapacité d'offrir les soutiens d'urgence mobilisant de nombreuses ressources dans les contextes des soins de santé primaires dont ont besoins les gens qui souffrent d'une maladie mentale
- le manque d'informations sur les déterminants de la santé qui pourraient indiquer les populations à risque de problèmes de santé mentale
- le manque de connaissances adéquates des ressources en santé mentale
- la mauvaise coordination des soins entre les prestataires de soins primaires et de santé mentale
- le manque de contact avec les personnes souffrant de maladie mentale ou avec les contextes de ces personnes dans l'éducation des prestataires de soins de santé primaires
- le besoin d'un plus grand nombre de possibilités d'apprentissage multidisciplinaire
- le manque de coordination chez les intervenants en santé mentale dans la communauté
- les omnipraticiens et les psychiatres ont besoin de formation pour travailler en collaboration
- la pénurie de médecins de famille
- l'absence de coordination dans la tenue de dossiers; l'absence d'accès en temps opportun à de l'information concernant le client<sup>73</sup>

### Possibilités

L'Ontario compte néanmoins de nombreuses initiatives de soins de santé mentale axés sur la collaboration. La province est dotée d'un leadership professionnel pour poursuivre cette approche et d'un gouvernement en place

qui s'est ouvertement fait le champion des améliorations en santé mentale.

### Île-du-Prince-Édouard

Deux initiatives sont présentement en cours à l'Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.) et les deux orientent les services de soins de santé primaires et de santé mentale vers une collaboration interdisciplinaire. En 2002, le ministère de la Santé et des Services sociaux publiait un document intitulé *A Model for Mental Health Service Delivery for Prince Edward Island*,<sup>74</sup> qui reconnaissait que les programmes communautaires de santé mentale peuvent être considérés comme les « soins de santé primaires de la santé mentale. » Le plan a également prévu l'expansion d'un programme de santé mentale pour les enfants, une approche intégrée de coordination de cas pour les clients ayant des troubles complexes concomitants (santé mentale et toxicomanies) ainsi qu'un programme spécialisé de psychogériatrie. L'Î.-P.-É. a aussi récemment développé et déployé des équipes communautaires de suivi intensif dans le milieu dans quatre régions.

À peu près au même moment, l'Î.-P.-É. lançait sa restructuration des soins de santé primaires<sup>75</sup> qui vise à :

- établir des équipes de soins axés sur la collaboration pour le premier contact
- mettre davantage l'accent sur la promotion de la santé, la prévention de la maladie et la prise en charge des maladies chroniques
- accroître la coordination et l'intégration des services de soins de santé primaires avec les autres composantes du système de santé et de la communauté qui affectent la santé de la population.

Quatre centres de santé familiale ont été mis sur pied regroupant trois médecins ou plus, des infirmières autorisées et d'autres intervenants (p. ex. diététiciennes, travailleurs en santé mentale) avec une responsabilité partagée pour les résultats chez le patient/client. Les médecins se joignent aux centres de santé familiale sur une base volontaire comme employés à salaire. De plus, les dossiers des patients/clients ont été intégrés dans les quatre centres.

Au moins trois autres centres de santé familiale, avec les intervenants disponibles en santé mentale, sont au stade de planification.<sup>76</sup>

La législation concernant le rôle des infirmières praticiennes a été adoptée en décembre 2004.<sup>77</sup> Là où il y a eu pénurie d'infirmières, l'Î.-P.-É. a adopté un modèle qui fait appel à des paraprofessionnels et à d'autres personnels de soutien qui sont dirigés et supervisés par des équipes de professionnels.

Le service de télésanté mentale est en voie d'élaboration afin de permettre aux psychiatres l'accès aux spécialistes en psychiatrie et de permettre aux médecins des régions rurales d'avoir accès aux psychiatres pour consultation.<sup>78</sup>

## Défis et possibilités

### Défis

Voici certains des obstacles à la collaboration en soins primaires/santé mentale :

- ↪ une mauvaise compréhension des problèmes de santé mentale chez les prestataires de soins
- ↪ la promotion insuffisante du modèle de soins de collaboration
- ↪ l'absence de protocoles standardisés pour le partage de l'information, le dépistage et l'aiguillage des clients

- ↪ le manque de soutien pour informer et former le personnel dans les régions plus éloignées

### Possibilités

Parce que l'Î.-P.-É. est une petite province, elle offre des possibilités uniques, notamment :

- ↪ le degré d'interdépendance entre les soins de santé primaires et la communauté, qui est excellent
- ↪ la conscience que les ressources sont limitées, mobilisant ainsi les intervenants à maximiser celles qui sont en place
- ↪ moins de paliers gouvernementaux, ce qui contribue à simplifier la prise de décision, la planification et la mise en oeuvre<sup>79</sup>

## Québec

Québec est en voie de restructurer tout son système de santé en un système de santé et de services sociaux basé sur la population.<sup>80</sup> Les centres locaux de services communautaires (CLSC) qui, pendant des années, ont servi de modèle pour la prestation de soins axés sur la collaboration au niveau communautaire sont fusionnés aux établissements hospitaliers et de soins de longue durée pour former 95 instances locales aux quatre coins de la province, lesquelles serviront de noyau pour le réseau local de santé et de services sociaux. Les instances sont également responsables d'établir des contrats avec les prestataires de soins spécialisés afin de fournir des services de santé mentale et primaires aux clients.

Les 18 régions régionales de la santé existantes, qui seront désignées agences régionales, vont continuer d'exister dans leurs circonscriptions hospitalières et d'être responsables d'assurer le

financement de tous les intervenants sous leur autorité.

Les médecins de famille sont également encouragés à créer des groupes de médecine familiale (GMF), c'est-à-dire des groupes de praticiens ayant la responsabilité d'une population donnée dans une région définie. Ces GMF auront un lien contractuel avec les instances locales et vont devoir établir des contrats pour offrir certains services. Comme mesure incitative à la mise sur pied des GMF, le gouvernement offre les soutiens en termes d'infrastructure et une infirmière.

Au Québec, la Direction de la santé mentale prépare un nouveau plan en santé mentale qui exposera une vision pour les trois prochaines années. Le plan portera une attention particulière aux services de soins primaires en santé mentale et cadrera avec l'initiative de réforme en soins de santé primaires présentement en cours.

Les centres universitaires de sciences de la santé font également l'objet d'une restructuration pour soutenir une approche basée sur la population. Quatre réseaux spécialisés sont envisagés et les instances locales établiront des contrats pour les services de psychiatrie et autres services.

On s'attend à ce que les infirmières praticiennes exercent prochainement dans les domaines de la néonatalogie, la dialyse et les soins tertiaires de cardiologie. On attend l'annonce prochaine d'infirmières praticiennes spécialisées en santé mentale.

Bien que le service de télésanté mentale soit disponible dans l'ensemble de la province, il n'existe pas de politique décrivant les critères ou le processus d'évaluation. Le Québec dispose d'une ligne d'info-santé à la grandeur de la province et d'une ligne téléphonique provinciale de prévention du suicide.

Les services de soins à domicile ne sont pas disponibles spécifiquement pour les personnes ayant des besoins spéciaux à cause d'une maladie mentale à moins qu'ils ne souffrent de problèmes physiques concomitants. Des équipes communautaires de suivi intensif dans le milieu ont été déployées sur 40 % du territoire de la province et sont considérées comme une priorité provinciale, particulièrement pour ceux qui souffrent d'une maladie mentale grave et persistante.

### Défis et possibilités

#### *Défis*

Il reste des défis à relever pour la mise en œuvre efficace des soins de santé mentale axés sur la collaboration dans les contextes des soins de santé primaires, notamment :

- ∞ les aspects entourant l'étendue de la pratique pour les médecins de famille et les psychiatres
- ∞ le manque de compréhension du potentiel des soins axés sur la collaboration
- ∞ le nombre inadéquat de psychiatres

#### *Possibilités*

Les principaux éléments facilitateurs des soins de santé mentale axés sur la collaboration dans les contextes des soins de santé primaires sont :

- ∞ explorer les défis que pose la grille tarifaire, p. ex. la rémunération des activités telles le mentorat et la formation des autres professionnels
- ∞ fournir aux groupes de médecine familiale l'accès à des psychologues qui pourraient dispenser des soins à des groupes particuliers de patients, comme ceux souffrant d'anxiété ou de

dépression, éliminant ainsi les longues listes d'attente dans les cliniques externes et l'expérience de résultats négatifs sur la santé

## Saskatchewan

Avec la publication en juin 2002 de son « Plan d'action pour les soins primaires en Saskatchewan »<sup>81</sup>, le ministère de la Santé de la Saskatchewan déterminait l'orientation future des soins de santé dans la province. Alors que le gouvernement définit les services de base qui seront offerts, les 12 nouvelles autorités régionales de la santé gèrent, financent et assurent le fonctionnement du système de soins de santé primaires. La santé mentale est considérée ici comme un service de base essentiel.

Le plan comporte plusieurs éléments clés :

- Un des principaux objectifs est la mise sur pied de 140 équipes de soins de santé primaires au cours des quatre à dix prochaines années. Le modèle le plus courant serait essentiellement composé d'un groupe de médecins de famille et d'une infirmière praticienne en soins primaires, avec services de soins à domicile, d'infirmières en santé publique et de services de santé mentale. Dans les situations où les services d'une personne à temps plein ne sont pas requis, certains membres de l'équipe (p. ex. diététiciennes, pharmaciens, travailleurs sociaux, orthophonistes, psychologues) pourraient appartenir à plus d'une équipe. L'équipe serait située dans un endroit central et pourrait ainsi desservir un certain nombre de collectivités.

- Aujourd'hui, on compte environ 25 équipes impliquant entre 80 et 100 médecins de soins primaires, et la mise en place de 9 à 12 équipes supplémentaires est prévue pour l'an prochain. L'entente qui amènerait les médecins de soins primaires à travailler au sein des équipes selon un modèle alternatif de rémunération est presque finalisée.<sup>82</sup>
- Depuis 1997, 21 sites de démonstration des services primaires ont été mis sur pied dans l'ensemble de la province. Bien qu'ils varient en taille et en complexité, ils ont en commun les services d'une infirmière praticienne en soins primaires et à tout de moins, ceux d'un médecin itinérant. Les sites impliquent actuellement 44 médecins et 21 infirmières praticiennes en soins primaires ainsi que de nombreux autres professionnels de la santé, dont des professionnels en santé mentale. On insiste particulièrement sur la prestation de soins interdisciplinaires, intersectoriels et préventifs.<sup>83</sup>
- Un service téléphonique de renseignements a été mis sur pied en 2003.

La mise en place des nouvelles autorités régionales de la santé (ARS) est définie plus clairement dans les *Guidelines for the Development of a Regional Health Authority Plan for Primary Health Care Services*.<sup>84</sup> Les ARS sont responsables d'évaluer les besoins de leurs populations locales, de réduire les inégalités en matière de santé et d'améliorer la santé. L'objectif à long terme est de permettre à toutes les collectivités d'avoir accès à des soins de santé primaires à moins de 30 minutes de distance de leur domicile. Les ARS ont mis sur pied des équipes d'administration dans l'ensemble du système;

celles-ci se réunissent régulièrement pour discuter des besoins en santé au sein de chaque ARS et dans l'ensemble des autorités régionales de la santé.<sup>85</sup>

Le développement des équipes de soins de santé primaires prévoit aussi des équipes en programmes de santé mentale composées de spécialistes en santé mentale (psychiatres, infirmières psychiatriques, travailleurs sociaux, psychologues et autres professionnels de la santé) oeuvrant dans des centres de santé mentale. Ceux-ci accepteront les demandes de consultation des spécialistes en santé mentale provenant des sites principaux de soins de santé primaires. Il y a également des possibilités de consultation pour les cas et de formation du personnel entre les deux types d'équipes.<sup>86</sup>

La Saskatchewan compte aussi cinq cliniques communautaires de coopération qui ont été mises sur pied au début des années 1960. Elles reposent sur des soins axés sur la collaboration par une équipe de prestataires de soins médicaux et de services sociaux. Ces cliniques offrent toute une variété de services, dont la santé mentale, selon la taille du centre. Les médecins de soins primaires sont à salaire et les cliniques communautaires sont considérées comme partie du réseau intégré de services de soins de santé primaires.

En 2003, le Conseil sur la qualité des soins de santé en Saskatchewan a publié un rapport intitulé *Mental Health Care in the Primary Care Setting: Challenges, Successes and Opportunities for Improvement*.<sup>87</sup> Le rapport a examiné les pratiques exemplaires en soins de santé primaires, les pratiques actuelles en Saskatchewan et comment rétrécir l'écart entre les deux. Le rapport recommandait pour les organismes et les prestataires de soins de santé le besoin de sensibiliser davantage les intervenants au partage des soins en santé mentale, de développer des outils pour soutenir

les initiatives d'amélioration et d'évaluation de la qualité et d'offrir des occasions de formation appropriées pour le partage des soins en santé mentale.

Le rapport du Conseil sur la qualité des soins de santé s'est inspiré, en partie, d'un sondage postal réalisé auprès de 816 médecins de famille de la Saskatchewan pour déterminer, selon le point de vue des médecins de famille, la fréquence des problèmes de santé mentale en soins primaires en Saskatchewan, les types et la fréquence des interactions que les médecins de famille avaient avec les autres professionnels de la santé mentale, ainsi que les forces et les secteurs à améliorer dans le domaine des soins de santé primaires. Le sondage révèle que 83 % des médecins de famille ont rapporté être intéressés ou très intéressés à identifier ou à traiter les problèmes de santé mentale. L'intérêt des médecins en santé mentale variait en fonction de la taille de la communauté (85 % étaient très intéressés dans les petites localités rurales, 73 % dans les grands centres ruraux et 88 % dans les centres urbains) mais pas selon les autres variables clés.

### Défis et possibilités

La Saskatchewan continue de travailler au développement de son système de soins de santé primaires où les services de santé mentale font partie d'une approche de collaboration et intégrée.

Il reste néanmoins des **défis** à relever, notamment :

- le recrutement/la rétention des professionnels en santé mentale, des médecins et des infirmières praticiennes en soins primaires et l'absence d'un plan d'ensemble pour les ressources humaines en santé mentale

- ✎ les modes de rémunération pour les praticiens en santé mentale et en soins primaires
- ✎ identifier et développer des outils spécifiques pour un système de santé mieux intégré, par exemple les dossiers de santé électroniques
- ✎ accroître la disponibilité de programmes thérapeutiques fondés sur des preuves qui soient appropriés pour les populations desservies en Saskatchewan
- ✎ résoudre les conflits syndicaux susceptibles de survenir lorsque les rôles des professionnels de la santé / prestataires changeront au fil du temps
- ✎ accroître la capacité des soins à domicile pour adopter un rôle élargi en santé mentale et en gestion de cas<sup>88</sup>

## Yukon

Le gouvernement du Yukon est responsable d'administrer la gamme complète des services de santé seulement depuis 1997. Avec ses 30,000 résidents et sa vaste région géographique, le Yukon a tout un défi à relever pour assurer la prestation des soins de santé et des services sociaux.

Dans sa proposition au Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, le ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon s'est donné comme mandat d'améliorer la coordination et l'intégration des services au sein du système de santé, d'améliorer la promotion de la santé et des programmes de prévention de la maladie et d'améliorer l'accès aux services dans l'ensemble du système afin de réduire les tensions sur le système de soins de santé primaires. Par exemple, le gouvernement du Yukon a entrepris deux initiatives pour développer un modèle de collaboration pour la prestation des services de soins de santé

primaires dans les petites communautés éloignées. Le modèle de services par une infirmière praticienne et un médecin dans ces deux communautés, où les contrats avec les médecins sont en force, est un bon exemple d'intégration des services interdisciplinaires au Yukon.<sup>90</sup>

Parmi les problèmes de santé particulièrement graves au Yukon, on retrouve les toxicomanies et leurs conséquences, notamment les accidents, les blessures, ainsi que les impacts sur la santé de l'enfant, de la famille et de la communauté.<sup>91</sup> Une initiative conjointe avec la Colombie-Britannique, intitulée *Integrating Primary Care with the Multi-Disciplinary Team: Collaborative Care for Substance Use and Concurrent Disorders*,<sup>92</sup> vise à améliorer la prévention, le diagnostic et le traitement des individus qui présentent des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanies et des conditions comorbides.

Cette initiative vise les principaux objectifs suivants :

- ✎ améliorer l'accès aux services essentiels en santé mentale et en toxicomanie
- ✎ favoriser les soins dispensés en équipe afin de profiter des compétences cliniques complémentaires des prestataires de services multidisciplinaires
- ✎ soutenir la mise en oeuvre de pratiques exemplaires dans l'identification et le traitement des toxicomanies et des troubles concomitants
- ✎ relier les communautés rurales et éloignées avec les centres plus urbains là où c'est approprié (p. ex. consultations pour traitement intensif, planification du congé)

- ✎ profiter des ressources humaines et des technologies existantes pour s'assurer que les réformes du système seront viables au fil du temps<sup>93</sup>

Présentement, un comité de travail élabore un projet pilote pour dispenser des services à un groupe initial d'environ 20 individus.

Pour bien saisir les défis de poursuivre les soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires, il faut aussi comprendre la gamme des services disponibles au Yukon. À Whitehorse, là où se trouve la majeure partie de la population, les médecins sont habituellement le premier point de contact pour les services de soins de santé primaires. Ce contact peut se faire soit dans les cabinets privés, soit à la salle d'urgence/ clinique externe du *Whitehorse General Hospital*. Tous les médecins de famille de Whitehorse sont rémunérés à l'acte. Dans les communautés situées à l'extérieur de Whitehorse, les services de soins de santé primaires sont dispensés par des postes de soins infirmiers. Pour les communautés qui n'ont pas de médecin résidant, les médecins de Whitehorse voyagent sur une base itinérante afin de compléter les services fournis par le personnel infirmier. Les services du médecin peuvent être rémunérés à l'acte ou à vacation; le gouvernement finance également les frais et le temps de voyage.

Les services de santé mentale sont minimes : il y a un lit de psychiatrie à l'hôpital général et quatre cliniciens assurent les services du centre de santé mentale; seulement deux infirmières en santé mentale sont disponibles. Le Yukon ne dispose pas de foyers de groupe en santé mentale ou de programmes de soins intermédiaires; les soutiens communautaires sont très dispersés.<sup>94</sup>

De plus, les règlements en matière de revendications territoriales des Premières Nations font partie de la vie quotidienne au Yukon. Ceci entraîne une administration de plus en plus complexe des programmes, dont il sera d'ailleurs question dans un autre rapport préparé pour l'ICCSM sur la prestation des services de santé mentale aux communautés autochtones.

On s'entend toutefois pour dire que, particulièrement pour la santé mentale et les toxicomanies, la coopération et la collaboration sont essentielles entre les différents secteurs. L'initiative de collaboration multiministérielle, impliquant les ministères de la Justice, de l'Éducation, et de la Santé et des Affaires sociales a été mise en œuvre pour améliorer les services aux familles qui ont besoin d'un soutien continu et intégré des trois ministères afin de bien fonctionner. Elle visera essentiellement à améliorer les relations de travail et à réduire les obstacles au partage de l'information lorsqu'il en va des meilleurs intérêts des soins de leurs clients.<sup>95</sup>

Malgré l'absence d'une ligne d'écoute téléphonique pour l'ensemble du territoire au Yukon, un projet pilote est en cours pour établir des liens et des applications avec télésanté pour soutenir la prestation des services de santé mentale, la téléradiologie, des possibilités de formation professionnelle et les visites aux familles à Whitehorse et dans plusieurs communautés rurales. Depuis 2003, six communautés du Yukon ont accès à des facilités de vidéoconférence en santé mentale.<sup>96</sup>

## Défis et possibilités

### *Défis*

Parmi les défis à surmonter pour améliorer les soins de santé mentale axés sur la collaboration dans les contextes de soins de santé primaires, notons :

- ∞ les coûts prohibitifs de voyage en dehors du territoire pour obtenir des soins spécialisés
- ∞ les services disponibles sont fragmentaires, aucun continuum des services
- ∞ les difficultés à intégrer les pratiques médicales traditionnelles des Premières Nations et la création de services de santé adaptés à la culture
- ∞ le roulement élevé du personnel médical
- ∞ les difficultés à recruter et à retenir des professionnels qualifiés en santé mentale et des prestataires de soins de santé primaires

### *Possibilités*

Il existe néanmoins des éléments facilitateurs des soins de santé mentale axés sur la collaboration dans les contextes de soins de santé primaires, notamment :

- ∞ le nombre relativement faible de clients dans une petite population
- ∞ le degré élevé de bonne volonté chez les prestataires, les professionnels et les organismes
- ∞ un soutien politique marqué pour la prestation des soins axés sur la collaboration

Les constatations pour chaque province et territoire sont résumées dans les tableaux qui suivent.





# TABLEAUX

## Soins de santé mentale axés sur la collaboration Stratégies et programmes provinciaux et territoriaux

ALBERTA	
Organismes gouvernementaux pour les soins de santé primaires et de santé mentale	Santé et Mieux-être Alberta Services aux enfants de l'Alberta
Autorités sanitaires régionales (ASR)	9
Services inclus dans les ASR	Hôpitaux de soins de courte durée Soins à domicile et communautaires Santé publique Santé mentale Établissements de soins de longue durée Services diagnostiques
Services non inclus dans les ASR	Régime d'assurance-maladie Services médicaux Services ambulanciers aériens et terrestres Remboursement des médicaments Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission
Conseil provincial de la santé	Alberta Cancer Board Alberta Mental Health Board -- conseille le ministre de la Santé et du Mieux-être, supervise les services de santé mentale dispensés localement, accorde des contrats de services des ASR, dont la psychiatrie légale, la prévention du suicide, la santé mentale des Autochtones et les services de télésanté mentale
Initiatives de pointe de la collaboration en soins de santé primaires / santé mentale	<p><b>Politiques / documents de travail</b> <i>Primary Care Initiative Trilateral Agreement</i> <i>Advancing the Mental Health Agenda: A Provincial Mental Health Plan for Alberta</i></p> <p><b>Planification et coordination</b> Avril 2003 – services de l'Alberta Mental Health Board décentralisés vers les ASR</p> <p><b>Prestation des services</b> Modèle de soins interdisciplinaires de la région sanitaire de Calgary</p>

## COLOMBIE-BRITANNIQUE

Organismes gouvernementaux pour les soins de santé primaires et de santé mentale	Ministère de la Santé Ministère de Planification de la santé Ministère des Enfants et des Familles Ministre d'État (Santé mentale et Services de toxicomanies)
Autorités régionales de la santé (ARS)	5
Services inclus dans les ARS	Soins hospitaliers et soins d'urgence Services chirurgicaux Soins à domicile et communautaires Services de santé mentale
Services non inclus dans les ARS	Régime de soins médicaux Régime d'assurance-médicaments Services ambulanciers
Autorité provinciale des services de santé	Une (1) autorité provinciale des services de santé responsable de : <ul style="list-style-type: none"> <li>- B.C. Cancer Agency</li> <li>- B.C. Provincial Renal Agency</li> <li>- B.C. Transplant Society</li> <li>- B.C. Drug &amp; Poison Information Centre</li> <li>- B.C. Centre for Disease Control</li> <li>- Children's and Women's Health Centre</li> <li>- Riverview Hospital</li> <li>- Services de psychiatrie légale</li> </ul>
Initiatives de pointe de la collaboration en soins de santé primaires / santé mentale	<p><b>Politiques / documents de travail</b>  <i>Renewing Primary Health Care for Patients: How Primary Health Care Transition Funding will Strengthen Patient Access to High Quality Comprehensive Care in British Columbia.</i>  <i>Every door is the right door: a British Columbia planning framework to address problematic substance use and addiction.</i></p> <p><b>Planification et coordination</b>            Université de la Colombie-Britannique et le ministère de la Santé et de Planification de la santé</p> <p><b>Prestation des services</b>            Primary Health Care Organizations, Community Health Centres, Patient Care Networks, and Shared Care Arrangements</p>

# MANITOBA

Organismes gouvernementaux pour les soins de santé primaires et de santé mentale	Ministère de la Santé
Offices régionaux de la santé (ORS)	11
Services inclus dans les ORS	Hôpitaux du Manitoba Centres de santé Foyers de soins personnels Buanderies régionales Établissements psychiatriques Services ambulanciers Service de transport des malades dans le Nord et centre de traitement des adolescents et adolescentes du Manitoba
Services non inclus dans les ORS	Services d'auto-assistance Bureau du psychiatre en chef provincial Centre provincial de santé mentale (p. ex. le Selkirk Mental Health Centre) Manitoba Farm & Rural Stress Line Provincial Special Needs Unit CancerCare Manitoba (CCMB)
Autorité provinciale des services de santé	s.o. (sans objet)
Initiatives de pointe de la collaboration en soins de santé primaires / santé mentale	<p><b>Politiques / documents de travail</b>  <i>Cadre d'action pour les soins de santé primaires (2002)</i>  <i>Renouveau en Santé mentale (2001)</i></p> <p><b>Planification et coordination</b>  Initiative des services intégrés de Winnipeg</p> <p><b>Prestation des services</b>  Les cliniques médicales offrant des services de soutien aux clients dont les besoins en santé mentale outre ceux pouvant être traités uniquement par le médecin de famille  Étude pilote sur la gestion de cas pour les personnes ayant des besoins intenses en santé mentale</p>

## NOUVEAU-BRUNSWICK

Organismes gouvernementaux pour les soins primaires de santé et de santé mentale	Ministère de la Santé et du Bien-être Ministère des Services familiaux et communautaires Ministère de la Justice Ministère de la Sécurité publique
Régies régionales de la santé (RRS)	7 régions de la santé 8 régies régionales de la santé : 7 anglophones, 1 francophone
Services inclus dans les RRS	Services hospitaliers (incluant les services psychiatriques) Services extra-muraux Services de toxicomanies Services communautaires de santé Santé publique et Santé mentale communautaire (proposé) Bien-être Recrutement de ressources humaines en santé
Services non inclus dans les RRS	Bureau du médecin chef Inspections en santé publique Épidémiologie provinciale Réseau de lutte contre le cancer Statistiques vitales Régime d'assurance-maladie Plan de médicaments sur ordonnance Planification des ressources humaines en santé Bureau de Santé électronique Programme de traitement pour jeunes Certains services ultraspécialisés (obtenus à l'extérieur de la province)
Autorité provinciale des services de santé	
Initiatives de pointe de la collaboration en soins de santé primaires / santé mentale	<b>Politiques / documents de travail</b> <i>Un avenir en santé : protéger le système de santé du Nouveau-Brunswick</i> – Plan provincial de la santé 2004-2008 <b>Planification et coordination</b> Comité de collaboration en soins de première ligne <b>Prestation des services</b> Centres communautaires de santé Cliniques de pratique en collaboration

# TERRE-NEUVE ET LABRADOR

Organismes gouvernementaux pour les soins de santé primaires et de santé mentale	Ministère de la Santé et des Services communautaires
Conseils régionaux de santé (CRS)	15 : <ul style="list-style-type: none"> <li>- 8 conseils régionaux des établissements de santé</li> <li>- 4 conseils régionaux des services de santé et communautaires</li> <li>- 2 conseils régionaux intégrés</li> <li>- 1 conseil régional de soins continus (St John's)</li> <li>- Newfoundland Cancer Treatment and Research Foundation</li> </ul>
Services inclus dans les CRS	Hôpitaux de soins de courte durée Soins à domicile & soins continus Santé publique Programmes de santé mentale et d'alcoolisme/toxicomanies Soins de longue durée Certains services sociaux Services diagnostiques Certains médecins de soins primaires à salaire (25 % de tous les médecins de soins primaires)
Services non inclus dans les CRS	Newfoundland Cancer Treatment and Research Foundation Service ambulancier aérien Services d'optométrie Services médicaux (75 % de tous les médecins de soins primaires) Services pharmaceutiques
Conseil provincial de la santé	Newfoundland & Labrador Health Boards Association – Repr. des intérêts, achats groupés, recrutement de médecins, relations de travail et coordination des services de pastorale/soutien spirituel pour les conseils régionaux membres
Initiatives de pointe de la collaboration en soins de santé primaires / santé mentale	<p><b>Politiques / documents de travail</b>  <i>Moving Forward Together: Mobilizing Primary Health Care – A Framework for Primary Health Renewal for Newfoundland and Labrador</i>  <i>Working Together for Mental health: A Proposed Mental Health Services Strategy for Newfoundland and Labrador</i></p> <p><b>Planification et coordination</b>  Fusion de 14 conseils régionaux</p> <p><b>Prestation des services</b>  Équipes de soins primaires  Clinique START</p>

## TERRITOIRES DU NORD-OUEST

Organismes gouvernementaux pour les soins de santé primaires et de santé mentale	Ministère de la Santé et des Services de santé
Autorités de la santé et des services sociaux (ASSS)	8 (ceci comprend l'autorité territoriale de la santé qui dispense certains services locaux en plus des services sur l'ensemble des territoires)
Services inclus dans les ASSS	Services diagnostiques et curatifs Réadaptation Services de protection (y compris les cas référés à un établissement spécialisé en psychiatrie) Services de soins continus Promotion et prévention Santé mentale et toxicomanies Récemment, des médecins à salaire se sont ajoutés à l'ASSS de Yellowknife
Services non inclus dans les ASSS	Services médicaux Certains services ultraspécialisés et tertiaires (dispensés à l'extérieur des territoires)
Autorité territoriale de la santé	Stanton Territorial Health Authority -- Offre des services territoriaux spécialisés ainsi que des services de soutien communautaire à Yellowknife; réfère les gens aux services spécialisés à l'extérieur des territoires
Initiatives de pointe de la collaboration en soins de santé primaires / santé mentale	<p><b>Politiques / documents de travail</b> <i>Modèle de prestation de services intégrés pour le système de services de santé et de services sociaux des T.N.-O</i></p> <p><b>Planification et coordination</b> Joint Leadership Council Joint Senior Management Committee Les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de toutes les autorités de la Santé et des Services sociaux sont représentés aux deux organismes</p> <p><b>Prestation des services</b> 3 projets pilotes d'intégration basés sur le Modèle des primaires</p>

# NOUVELLE-ÉCOSSE

Organismes gouvernementaux pour les soins de santé primaires et de santé mentale	Ministère de la Santé Ministères des services communautaires
Autorités sanitaires de district (ASD)	9, plus Izaak Walton Killam Health Centre
Services inclus dans les ASD	Hôpitaux de soins de courte durée Services de santé mentale et de toxicomanies Soins communautaires Santé publique
Services non inclus dans les ASD	Soins de longue durée Soins à domicile Services assurés Cancer Care Nova Scotia Services médicaux d'urgence
Autorité provinciale de la santé	s.o.
Initiatives de pointe de la collaboration en soins de santé primaires / santé mentale	<p><b>Politiques / documents de travail</b> <i>Standards for Mental Health Services in Nova Scotia and Strategic Directions for Nova Scotia's Mental Health System</i></p> <p><b>Planification et coordination</b> Provincial Mental Health Steering Committee</p> <p><b>Prestation des services</b> Quatre sites de démonstration en soins primaires, implantés dans les contextes de soins de santé existants de la province Huit sites de pratique de soins de santé mentale axés sur la collaboration (soins partagés) implantés dans les pratiques familiales existantes, tous dans le Capital Health District</p>

## NUNAVUT

Organismes gouvernementaux pour les soins de santé primaires et de santé mentale	Ministère de la Santé et des Services sociaux Ministère de la Justice; ministère de l'Éducation; ministère de la Culture, de la Langue, des Aînés et de la Jeunesse, et Nunavut Housing Corporation
Autorités régionales de la santé	Aucune
Autorité provinciale de la santé	Aucune
Initiatives de pointe de la collaboration en soins de santé primaires / santé mentale	<p><b>Politiques / documents de travail</b>  <i>Nunavut Addictions and Mental Health Strategy (mars 2002)</i>  <i>Demande aux Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de Santé Canada (avril 2004)</i></p> <p><b>Prestation des services</b>                      Déplacer des services de santé mentale à l'extérieur du contexte hospitalier pour les orienter vers un modèle basé dans la communauté</p>

# ONTARIO

Organismes gouvernementaux pour les soins de santé primaires et de santé mentale	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Autorités régionales de la santé (ARS)	s.o. 13 Réseaux locaux d'intégration des services de santé proposés au niveau local (RLISS)
Autorité provinciale de la santé	s.o.
Initiatives de pointe de la collaboration en soins de santé primaires / santé mentale	<p><b>Politiques / documents de travail</b> <i>Plan du renouvellement des soins de santé en Ontario</i></p> <p><b>Planification et coordination</b> Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS)</p> <p><b>Prestation des services</b> Réseau de collaboration en santé mentale Une variété d'initiatives de soins partagés</p>

## ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Organismes gouvernementaux pour les soins de santé primaires et de santé mentale	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Autorités régionales de la santé (ARS)	5 (y compris l'autorité provinciale de la santé)
Services inclus dans les ARS	Soins de longue durée Soins à domicile Logement Soins continus Services diététiques Physiothérapie Ergothérapie Services de santé de l'enfant, de la jeunesse et de la famille Services communautaires Infirmière de santé publique Services de soutien du revenu Santé mentale/toxicomanies Gestion de l'information Services généraux Services médicaux Services de bénévolat Bien-être
Services non inclus dans les ARS	Soins de courte durée
Autorité provinciale de la santé	1—L'autorité provinciale des services de santé offre des services de soins aigus et des services provinciaux spécialisés
Initiatives de pointe de la collaboration en soins de santé primaires / santé mentale	<b>Politiques / documents de travail</b> <i>Mental Health Plan Primary Health Care Redesign.</i> <b>Planification et coordination</b> La faible bureaucratie permet la planification entre les ministères et les divisions. <b>Prestation des services</b> Centres de santé familiale

# QUÉBEC

Organismes gouvernementaux pour les soins de santé primaires et de santé mentale	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Régies régionales de la santé (RRS)	18
Services inclus dans les RRS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Services hospitaliers (y compris les services psychiatriques)</li> <li>• Services de santé mentale et de toxicomanies</li> <li>• Services de santé communautaires</li> <li>• Santé publique             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Services externes de laboratoire médical</li> <li>• Réadaptation</li> <li>• Services ambulanciers</li> </ul> </li> <li>• Médecins à salaire</li> <li>• Recrutement des ressources humaines en santé</li> </ul>
Services non inclus dans les RRS	Soins aux personnes atteintes de cancer Services médicaux payés (à l'acte)
Autorité provinciale de la santé	s.o.
Initiatives de pointe de la collaboration en soins de santé primaires / santé mentale	<b>Politiques / documents de travail</b> <b>Planification et coordination</b> <b>Prestation des services</b> Family Medicine Groups Instances Locales

# SASKATCHEWAN

Organismes gouvernementaux pour les soins de santé primaires et de santé mentale	Ministère de la Santé
Autorités régionales de la santé (ARS)	12
Services inclus dans les ARS	Soins médicaux primaires Services médicaux d'urgence Services communautaires de santé mentale Toxicomanies Santé publique (santé de la population) Soins de soutien (p. ex. établissements de soins spécialisés, soins de répit, soins de jour) Soins à domicile Soins en fin de vie (soins palliatifs) Services de laboratoire et de radiologie Soutien aux aidants naturels Services de thérapie (p. ex. physiothérapie, ergothérapie, orthophonie) Services de logement et de soutien pour la vie en société gérés par les ARS
Services non inclus dans les ARS	Services ambulanciers aériens Saskatchewan Cancer Agency Soins dentaires pour enfants Services de chiropractie Régime d'assurance-maladie (services médicaux) Services d'optométrie Régime provincial d'assurance-médicaments
Autorité provinciale de la santé	s.o.
Initiatives de pointe de la collaboration en soins de santé primaires / santé mentale	<p><b>Politiques / documents de travail</b>  <i>Saskatchewan Action Plan for Primary Health Care (2002)</i>  <i>Saskatchewan Mental Health Sector Study, 2002/2003</i>  <i>The Guidelines for the Development of a Regional Health Authority Plan for Primary Health Care Services (October 2002)</i></p> <p><b>Planification et coordination</b>  Équipes d'administration dans l'ensemble du système (au sein des ARS)</p> <p><b>Prestation des services</b>  Équipes de soins de santé primaires, incluant des équipes de santé mentale avec implication directe des médecins de soins primaires dans les équipes de soins de santé primaires</p>

# YUKON

Organismes gouvernementaux de pour les soins de santé primaires et de santé mentale	Ministère de la Santé et des Affaires sociales Ministère de la Justice Ministère de l'Éducation
Autorités régionales de la santé (ARS)	Aucune
Services inclus dans les ARS	s.o.
Services non inclus dans les ARS	s.o.
Autorité provinciale de la santé	s.o.
Initiatives de pointe de la collaboration en soins de santé primaires / santé mentale	<p><b>Politiques / documents de travail</b>  <i>Demande au Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires</i>  <i>Integrating Primary Care with the Multi-Disciplinary Team</i>  <i>Collaborative Care for Substance Use and Concurrent Disorders</i>  <i>Primary Health Care Transition Fund: Yukon Territory/British Columbia</i>  <i>Multi-jurisdictional Project</i></p> <p><b>Planification et coordination</b>            Initiative de collaboration multiministérielle entre les ministères de la Justice, de l'Éducation, et de la Santé et des Affaires sociales</p> <p><b>Prestation des services</b>            Soins de collaboration en équipe multidisciplinaire pour l'alcoolisme/ les toxicomanies et les troubles concomitants            Modèle de prestation de services primaires en collaboration dans les petites communautés éloignées</p>



# RÉFÉRENCES

Tous les liens ont été mis à jour le 11 mai, 2005.

- Alberta Wellnet [page sur l'Internet]. Edmonton, Alb. : Alberta Health and Wellness ; c2003. Télésanté.  
Disponible à : <http://www.albertawellnet.org/default.asp>
- Association des hôpitaux de l'Ontario. *Regional Health Authorities in Canada: lessons for Ontario: a discussion paper*. Toronto : OHA ; janvier 2002. 45p. Disponible à : [http://caohat03.oha.com/oha/reports.nsf/\(\\$Att\)/pspr56wmkq/\\$FILE/RegionalHealthAuthoritiesinCanada.pdf?OpenElement](http://caohat03.oha.com/oha/reports.nsf/($Att)/pspr56wmkq/$FILE/RegionalHealthAuthoritiesinCanada.pdf?OpenElement)
- Association des psychiatres du Canada ; Le Collège des médecins de famille du Canada. *Shared mental health care in Canada: current status, commentary and recommendations. A report of The Collaborative Working Group on Shared Mental Health Care*. Ottawa : Association des psychiatres du Canada ; décembre 2000. 33p.  
Disponible à : [http://www.cpa-apc.org/Professional/shared\\_care.PDF](http://www.cpa-apc.org/Professional/shared_care.PDF)
- Association médicale canadienne; Association des infirmières et infirmiers du Canada. *Working together: A joint CNA/CMA collaborative practice project. HIV/AIDS example* [document de référence]. Ottawa : Association médicale canadienne ; 25 mars 1996. Disponible au Centre de services aux membres de l'Association médicale canadienne au 1867, prom. Alta Vista, Ottawa, Ont., K1G 3Y6 ; tel. : 800 663-7336 ext. 2307, fax : 613 731-9102, courriel : [cmamsc@cma.ca](mailto:cmamsc@cma.ca)
- Best practices in mental health and addictions in BC* [mise à jour 31 jan 2005]. Victoria, C.-B. : Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. Disponible à : <http://www.hlth.gov.bc.ca/mhd/bpelementsbc.html>
- Bruner C. *Thinking collaboratively: ten questions and answers to help policy makers improve children's services*. Washington, DC : Education and Human Services Consortium ; 1991.
- Calgary Health Region. *Family physicians, psychiatrists, and mental health clinicians team up to improve patient care*. 13 janvier 2004 [communiqué de presse]. Edmonton, Alb. : Gouvernement de l'Alberta. Disponible à : <http://www.gov.ab.ca/acn/200401/15737.html>
- Centre canadien d'analyse de la régionalisation et la santé. *Provincial overview table* [mise à jour oct. 25 2004]. Saskatoon, Sask. : CCARS. Disponible à : [http://www.regionalization.org/Regionalization/Reg\\_Prov\\_Overview\\_Table.html](http://www.regionalization.org/Regionalization/Reg_Prov_Overview_Table.html) OU [http://www.regionalization.org/Regionalization/Reg\\_Prov\\_Overview\\_Table.pdf](http://www.regionalization.org/Regionalization/Reg_Prov_Overview_Table.pdf)
- Colombie-Britannique. *Health Authorities Act. Regional Health Boards Regulation. B.C. Reg. 293/2001*. (12 décembre 2001). Victoria, C.-B. : Queen's Printer ; 2001. Disponible a : [http://www.qp.gov.bc.ca/statreg/reg/H/HealthAuth/293\\_2001.htm](http://www.qp.gov.bc.ca/statreg/reg/H/HealthAuth/293_2001.htm)
- Comité sénatorial permanent des affaires sociales, de la science et de la technologie. *The health of Canadians - the federal role: final report on the state of the health care system of Canada. Volume six: recommendations for reform*, octobre 2002. Ottawa : le comité sénatorial ; 2002. 392p. Disponible à : <http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/YC17-372-1-01E.pdf>
- Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada . *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada : rapport final*. Ottawa : Conseil privé ; novembre 2002. 357p. (Commissaire : l'honorable Roy J. Romanow). Disponible à : <http://www.hc-sc.gc.ca/english/care/romanow/hcc0086.html>
- Community Mental Health Centres—Core Programs* [page sur l'Internet]. Fredericton, N-B : Ministère de la Santé et du Bien-être du Nouveau-Brunswick. Disponible à : <http://www.gnb.ca/0055/cmhcs-e.asp>

- Community Mental Health Services* [page sur l'Internet]. Winnipeg, Man. : Office régional de la santé de Winnipeg. Disponible à : [http://www.wrha.mb.ca/findcare/careincom/mental\\_health.php](http://www.wrha.mb.ca/findcare/careincom/mental_health.php)
- Conseil régional de santé de Toronto. *Assessing the impact of the community nursing shortage in Toronto: final report*, décembre 2001. Toronto : le Conseil ; 2002. 31p. Disponible à : <http://www.tdhc.org/protected/uploaded/publication/ccac%20nursing%20shortage%20final%20report%20december%202001.pdf?lang=en>
- Duffy Group Partners in Planning. *Co-operation & collaboration: melding tradition with innovation*. Toronto : The Change Foundation, mai 2005. 311p. Disponible à : [http://www.changefoundation.com/tcf/tcfbul.nsf/faf9f5c4d4ab768605256b8e00037216/435cb6bd9442323d85256d82004e703d/\\$FILE/Co-operation&Collaboration.pdf](http://www.changefoundation.com/tcf/tcfbul.nsf/faf9f5c4d4ab768605256b8e00037216/435cb6bd9442323d85256d82004e703d/$FILE/Co-operation&Collaboration.pdf)
- Duncanis AJ, Golin AK. *The interdisciplinary health care team: a handbook*. Germantown, MD : Aspen Systems ; 1979. 201p.
- Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires. Yukon Territory/British Columbia Multi-Jurisdictional Project. *Integrating primary care with the multi-disciplinary team collaborative care for substance use and concurrent disorders: project description, submitted janvier 2003, révisé avril 2003*. Vancouver, C.-B. : Université de la Colombie-Britannique ; 2003. 40p. Disponible à : [http://www.shared-care.ca/pdf/ctm\\_phctfapp.pdf](http://www.shared-care.ca/pdf/ctm_phctfapp.pdf)
- Goldner EM. *Sharing the learning: the Health Transition Fund synthesis series: mental health*. Ottawa : Santé Canada ; 2002. 29p. Disponible à : [http://www.hc-sc.gc.ca/htf-fass/english/mental\\_en.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/htf-fass/english/mental_en.pdf)
- Grady GF, Wojner AW. Collaborative practice teams: the infrastructure of outcomes management. *AACN Clinical Issues*. Février 1996 ; 7(1):153-8. <PubMed>
- Health Promotion Programs: Addictions & Mental Health Strategy* [page sur l'Internet]. Igaluit, NU : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut. Disponible à : <http://www.gov.nu.ca/hsssite/promo.shtml#aaddictionsmentalhealth>
- Health Quality Council. *Mental health care in the primary care setting: challenges, successes and opportunities for improvement*. Saskatoon, Sask. : HQC ; janvier 2004. 36p. Disponible à : <http://www.hqc.sk.ca/download.jsp?9KKNMQAdv51Baq6KopNaou/jxqNQVtQUdaxrPajppz/Okmf2DtX2ItqR31+PKy8z>
- Institut canadien d'information sur la santé. *Health Indicators, 2003*. Ottawa : CIHI ; 2003. 24p. Disponible à : <http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/H115-16-2003E.pdf>
- Institute of Medicine (U.S.). Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC : National Academy Press ; 2001. 364 p. Disponible à : <http://www.nap.edu/catalog/10027.html>
- Klaiman D. Increasing access to occupational therapy in primary health care. *Occupational Therapy Now Online*. 2004 jan-fév; 6(1). Disponible à : <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=1031>
- Mable AL, Marriott J. *Sharing the learning: the Health Transition Fund synthesis series: primary health care health*. Ottawa: Santé Canada ; 2002. 48p. Disponible à : [http://www.hc-sc.gc.ca/htf-fass/english/primary\\_en.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/htf-fass/english/primary_en.pdf)
- McCallin A. *Interdisciplinary team leadership: a revisionist approach for an old problem?* *J Nurs Manag*. Nov. 2003 ; 11(6):364-70. <PubMed>
- Mental Health and Addictions* [page sur l'Internet]. Winnipeg, Man. : Santé Manitoba. Disponible à : <http://www.gov.mb.ca/health/mh/>

- Mental Health and Addictions* [page sur l'Internet]. Winnipeg, Man. : Santé Manitoba. Guide to Mental Health System in Manitoba. Disponible à : <http://www.gov.mb.ca/health/mh/system.html>
- Mental Health and Addictions* [page sur l'Internet]. Winnipeg, Man. : Santé Manitoba. What is Mental Health Renewal? Disponible à : <http://www.gov.mb.ca/health/mh/renewal.html>
- Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse. *Doctors vote to accept four-year contract: Department of Health*, 7 avril 2004 [communiqué de presse]. Halifax, N.-É. : Ministère de la Santé de la N.-É. Disponible à : <http://www.gov.ns.ca/health/release.asp?id=20040407001>
- Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse. *Standards for mental health services in Nova Scotia*, Révisé et approuvé le 22 mars 2004. Halifax, N.-É. : Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse ; 2004. 165p. Disponible à : [http://www.gov.ns.ca/health/mhs/pubs/standards\\_2004.pdf](http://www.gov.ns.ca/health/mhs/pubs/standards_2004.pdf)
- Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse. *Strategic directions for Nova Scotia's mental health system*, 20 février 2003. Halifax, N.-É. : Ministère de la Santé de la N.-É. ; 2003. 11p. Disponible à : [http://www.gov.ns.ca/health/downloads/strategic\\_directions.pdf](http://www.gov.ns.ca/health/downloads/strategic_directions.pdf)
- Ministère de la Santé de la Saskatchewan. *Guidelines for the development of a regional health authority plan for primary health care services*. Regina, Sask. : Saskatchewan Health ; janvier 2003. 43p. Disponible à : [http://www.health.gov.sk.ca/ph\\_phs\\_publications/p\\_h\\_s\\_public\\_guidelines\\_%20for\\_dev.pdf](http://www.health.gov.sk.ca/ph_phs_publications/p_h_s_public_guidelines_%20for_dev.pdf)
- Ministère de la Santé de la Saskatchewan. Primary Health Services Branch. *The Saskatchewan action plan for primary health care*. Regina, Sask. : Saskatchewan Health ; juin 2002. 16p. Disponible à : [http://www.health.gov.sk.ca/ph\\_phs\\_publications/p\\_h\\_s\\_action\\_plan\\_for\\_primary\\_health\\_care.pdf](http://www.health.gov.sk.ca/ph_phs_publications/p_h_s_action_plan_for_primary_health_care.pdf)
- Ministère de la Santé des Soins de longue durée de l'Ontario. *Making it happen: implementation plan for mental health reform*. Toronto : Ministère de la Santé des Soins de longue durée de l'Ontario ; 1999. 45p. Disponible à : [http://www.health.gov.on.ca/english/public/program/mentalhealth/mental\\_reform/makingithappen\\_mn.html](http://www.health.gov.on.ca/english/public/program/mentalhealth/mental_reform/makingithappen_mn.html)
- Ministère de la Santé des Soins de longue durée de l'Ontario. *Mental health accountability framework*, mai 2003 [monographie sur l'Internet]. Toronto : Ministère de la Santé des Soins de longue durée de l'Ontario. Disponible à : [http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/ministry\\_reports/mh\\_accountability/mh\\_accountability\\_e.html](http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/ministry_reports/mh_accountability/mh_accountability_e.html)
- Ministère de la Santé des Soins de longue durée de l'Ontario. *Ontario's health transformation plan: purpose and progress. Speaking notes for The Honourable Minister of Health and Long-Term Care*. 9 septembre 2004. St. Lawrence Market, Édifice du nord [presse]. Toronto : Ministère de la Santé des Soins de longue durée de l'Ontario. Disponible à : [http://www.health.gov.on.ca/english/media/speeches/archives/sp\\_04/sp\\_090904.html](http://www.health.gov.on.ca/english/media/speeches/archives/sp_04/sp_090904.html)
- Ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon. *Primary Health Care Transition Fund Application Part A*. 25 octobre 2002. Whitehorse, Yn : Ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon ; 2002. 12p. Disponible à : <http://www.hss.gov.yk.ca/phctf/finalA.pdf>
- Ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon. *Report to the Yukon Public on the Primary Health Care Planning Forum*. Whitehorse, Yn : Ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon ; novembre 2003. 12p. Disponible à : <http://www.hss.gov.yk.ca/phctf/report>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard. *A model for mental health service delivery for Prince Edward Island*. Charlottetown, Î.-P.-É. : Ministère de la Santé et des Services sociaux de l'Î.-P.-É. ; mai 2002.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard. *Primary health care redesign initiatives outlined*, 23 octobre 2003 [communiqué de presse]. Charlottetown, Î.-P.-É.: Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard. Disponible à : <http://www.gov.pe.ca/news/getrelease.php3?number=3338>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard. *Strategic plan for the Prince Edward Island Health and Social Services System 2001 – 2005*, décembre 2001. Charlottetown, Î.-P.-É. : Ministère de la Santé et des Services sociaux de l'Î.-P.-É. ; 2001. 40p. Disponible à : [http://www.gov.pe.ca/photos/original/hss\\_stratplan.pdf](http://www.gov.pe.ca/photos/original/hss_stratplan.pdf)
- Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest. *NWT Primary Community Care Framework*. Yellowknife, T.N.-O. : Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest ; août 2002. 12p. Disponible à : <http://www.hlthss.gov.nt.ca/content/Publications/Reports/PrimaryCare/PCCFrameworkAug2002.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest. *Modèle de prestation de services intégrés pour le système de services de santé et de services sociaux des T.N.-O.* Yellowknife, T.N.-O. : Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest ; mars 2004. 151p. Disponible à : <http://www.hlthss.gov.nt.ca/content/Publications/Reports/ISDM/isdmdetailedmarch2004.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest. *Tele-Care NWT* [mise à jour 20 sept 2004]. Yellowknife, T.N.-O. : Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest. Disponible à : [http://www.hlthss.gov.nt.ca/Features/Programs\\_and\\_Services/telecare/index.htm](http://www.hlthss.gov.nt.ca/Features/Programs_and_Services/telecare/index.htm)
- Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick. *Healthy futures: securing New Brunswick's health care system: the provincial health plan 2004 – 2008*. Fredericton, N.-B. : Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick 2004. 56p. Disponible à : [http://www.gnb.ca/0051/pdf/healthplan-2004-2008\\_e.pdf](http://www.gnb.ca/0051/pdf/healthplan-2004-2008_e.pdf)
- Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick. *The New Brunswick Health Care Report Card 2003*. Fredericton, N.-B. Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick ; 2003. 18p. Disponible à : <http://www.gnb.ca/0051/pub/pdf/hrepcard-e.pdf>
- Ministère de la santé et des services communautaires de Terre-Neuve et Labrador. *Healthier together: a strategic health plan for Newfoundland and Labrador*. St. John's, T.-N.-L. : Ministère de la santé et des services communautaires de Terre-Neuve et Labrador ; 2002. 42p. Disponible à : <http://www.health.gov.nl.ca/health/strategiehealthplan/>
- Ministère de la santé et des services communautaires de Terre-Neuve et Labrador. *Moving forward together: mobilizing primary health care - a framework for primary health renewal for Newfoundland and Labrador*. St. John's, T.-N.-L. : Ministère de la santé et des services communautaires de Terre-Neuve et Labrador ; septembre 2003. 37p. Disponible à : <http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/pdfiles/Moving%20Forward%20Together%20apple.pdf>
- Ministère de la santé et des services communautaires de Terre-Neuve et Labrador. *Working together for mental health: a proposed mental health services strategy for Newfoundland and Labrador: discussion document*. St. John's, T.-N.-L. : Ministère de la santé et des services communautaires de Terre-Neuve et Labrador ; novembre 2003. 32p. Disponible à : <http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/pdfiles/Mental%20Health%20Strategy%20Disc%20Doc%20Nov%202003.pdf>
- Ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique ; British Columbia Medical Association. *Physicians ratify three-year government agreement*, 28 juillet 2004 [communiqué de presse]. Victoria, C.-B. : Ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique ; 2004. Disponible à : [http://www.bcma.org/public/news\\_publications/releases2004/july/ratificationnewsrelease.pdf](http://www.bcma.org/public/news_publications/releases2004/july/ratificationnewsrelease.pdf)

- Ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique ; ministère de la Planification de la santé de la Colombie Britannique. *Renewing primary health care for patients: how Primary Health Care Transition funding will strengthen patient access to high quality comprehensive care in British Columbia*. Victoria, C.-B. : Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique ; janvier 2003. 17p. Disponible à : <http://www.healthservices.gov.bc.ca/phc/pdf/renewphc.pdf>
- Ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique. *Every door is the right door: a British Columbia planning framework to address problematic substance use and addiction*. Victoria, C.-B. : Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique ; mai 2004. 116p. Disponible à : [http://www.healthservices.gov.bc.ca/mhd/pdf/framework\\_for\\_substance\\_use\\_and\\_addiction.pdf](http://www.healthservices.gov.bc.ca/mhd/pdf/framework_for_substance_use_and_addiction.pdf)
- Nova Scotia Advisory Committee on Primary Health Care Renewal. *Primary health care renewal: action for healthier Nova Scotians*, mai 2003. Halifax, N.-É. : Ministère de la Santé de la N.-É. ; 2003. 83p. Disponible à : <http://www.gov.ns.ca/health/primaryhealthcare/Final%20Report%20May%202003.pdf>
- Nova Scotia Advisory Committee on Primary Health Care Renewal. *Primary health care renewal action for healthier Nova Scotians: highlights*. Halifax, N.-É. : Ministère de la Santé de la N.-É. ; mai 2004. 16p. Disponible à : <http://www.gov.ns.ca/health/phcrenewal/Highlights.pdf>
- Oandasan I. *Interdisciplinary education for collaborative patient-centred practice: research and findings report*, 20 février 2004. Ottawa : Santé Canada ; 2004. 303p. Disponible à : [http://www.medfam.umontreal.ca/chaire\\_sadok\\_besrou/ressource/PDF/IECPCP\\_Final\\_Report.pdf](http://www.medfam.umontreal.ca/chaire_sadok_besrou/ressource/PDF/IECPCP_Final_Report.pdf)
- Ontario Provincial Forum of Mental Health Implementation Task Force Chairs. *The time is now: themes and recommendations for mental health reform in Ontario: final report of the Provincial Forum of Mental Health Implementation Task Force Chairs*. Toronto : Ministère de la Santé des Soins de longue durée de l'Ontario; décembre 2002. 65p. Disponible à : [http://www.health.gov.on.ca/english/providers/pub/mhitf/provincial\\_forum/provincial\\_forum.pdf](http://www.health.gov.on.ca/english/providers/pub/mhitf/provincial_forum/provincial_forum.pdf)
- Premier's Advisory Council on Health for Alberta. *A framework for reform: report of the Premier's Advisory Council on Health*, décembre 2001. Edmonton, Alb. : le Conseil ; 2001. 73p. (Président : Don Mazankowski). Disponible à : <http://www.premiersadvisory.com/reform.html> OU [http://www.premiersadvisory.com/pdf/PACH\\_report\\_final.pdf](http://www.premiersadvisory.com/pdf/PACH_report_final.pdf)
- Primary Health Care Nurse Practitioner: RN (EC) Designation. How are Primary Health Care Nurse Practitioners Regulated* [page sur l'Internet]? Toronto : Nurse Practitioners' Association of Ontario. Disponible à : <http://www.npao.org/phcnp.aspx>
- Primary Health Care Policy Framework. Primary Health Care* [mise à jour 2003 avril 30]. Winnipeg, Man. : Santé Manitoba. Disponible à : <http://www.gov.mb.ca/health/primaryhealth.html#frame>
- Provincial Mental Health Planning Project. *Advancing the mental health agenda: a provincial mental health plan for Alberta*. Edmonton, Alb. : Alberta Mental Health Board ; avril 2004. 64p. Disponible à : <http://www.amhb.ab.ca/publications/reports.asp>
- Santé Canada. *\$4.5 million investment to strengthen primary health care in Nunavut*, 10 juillet 2003. [communiqué de presse]. Ottawa : Santé Canada. Disponible à : [http://www.hc-sc.gc.ca/english/media/releases/2003/2003\\_55.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/english/media/releases/2003/2003_55.htm)

- Santé Manitoba. Health Services Insurance Fund. Dans: Santé Manitoba. *Annual report 2002-2003*. Winnipeg, Man. : Santé Manitoba ; 2003. p. 64-71. Disponible à : <http://www.gov.mb.ca/health/ann/200203/annrpt0203.pdf>
- Strengthening Primary Care in Nova Scotian Communities: Project Update*, 14 juillet 2004 [page sur l'Internet]. Halifax, N.-É: Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse. Disponible à : <http://www.gov.ns.ca/health/primary-care/default.htm>
- Waraich PS. *Continuous enhancement of performance monitoring in primary mental health care: Closing the implementation loop. Full proposal for Primary Care Health Transition Fund*. Vancouver, C.-B. : Mental Health Evaluation and Community Consultation Unit. Université de Colombie-Britannique ; [2003]. 76p. Disponible à : [http://www.shared-care.ca/pdf/MHECCU\\_PHCTFApp2\\_FINAL.pdf](http://www.shared-care.ca/pdf/MHECCU_PHCTFApp2_FINAL.pdf)
- Way DO, Busing N, Jones L. *Implementation strategies: Collaboration in primary care-family doctors and nurse practitioners delivering shared care*. Toronto : Ontario College of Family Physicians, mai 2000.
- Wilson R, Shortt SED, Dorland J, rédacteurs. *Implementing primary care reform: barriers and facilitators*. Montreal : Publié pour le School of Policy Studies par McGill-Queen's University Press ; 2004. 202p.

# annexeA

## GLOSSAIRE DES TERMES ET ACRONYMES

### Termes

#### Approche par gestion de cas

Une approche où un gestionnaire de cas travaille directement avec un individu, d'autres prestataires de soins de santé et des organismes communautaires pour assurer le suivi de l'état de santé de l'individu et s'assurer que les soutiens appropriés sont en place. Le rapport Romanow recommandait qu'une telle approche soit mise en place pour les gens qui ont des problèmes de santé mentale et vivent dans la collectivité.<sup>97</sup>

#### Soins/pratique axés sur la collaboration

Un processus interprofessionnel de communication et de prise de décision qui permet de partager les connaissances et compétences distinctes des prestataires de soins de santé et celles de l'utilisateur afin d'influencer de façon synergique les soins dispensés à l'utilisateur.<sup>98</sup>

La pratique axée sur la collaboration implique 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 évalués de soins de santé.<sup>99</sup>

#### Partenariat axés sur la collaboration

Un arrangement, une entente ou un accord mutuellement avantageux où deux ou plusieurs parties travaillent ensemble vers une réalisation commune.<sup>100</sup>

#### Soins de santé primaires axés sur la collaboration

Deux ou plusieurs parties qui travaillent ensemble avec un usager et/ou un intervenant dans le but d'améliorer les résultats pour la santé et la capacité du système impliquant le partage de l'information conjointe, l'établissement des objectifs et le processus décisionnel.<sup>101</sup>

#### Soins de santé mentale axés sur la collaboration

Des soins axés sur la collaboration visant à améliorer les résultats en matière de santé mentale.

#### Usager

Un bénéficiaire de soins de santé et de services de soutien connexes dans tout contexte de prestation des soins. [Termes interchangeables : « patient », « consommateur », « client »]<sup>102</sup>

#### Axé sur l'utilisateur

Des soins qui respectent et répondent aux préférences, aux besoins et aux valeurs de chaque patient, s'assurant que les valeurs du patient guident toutes les décisions cliniques.<sup>103</sup>

#### Interdisciplinaire

Une gamme d'activités de collaboration entreprises par une équipe de deux individus ou plus englobant diverses disciplines qui appliquent les méthodes et les approches de leurs disciplines respectives.<sup>104</sup>

## Pratique interdisciplinaire

Une unité de fonctionnement composée d'individus ayant une formation variée et spécialisée qui coordonnent leurs activités afin de fournir des services à un client ou un groupe de clients.<sup>105</sup>

Les approches interdisciplinaires aux soins sont essentiellement basées sur une équipe qui mise nécessairement sur un processus de leadership de collaboration axé sur un succès en commun plutôt que sur le rendement individuel.<sup>106</sup>

« ...[U]n processus interprofessionnel de communication et de prise de décision qui permet de partager les connaissances et compétences distinctes des dispensateurs de soins de santé pour influencer de façon synergique les soins dispensés au client/patient ». <sup>107</sup>

## Spécialiste de la santé mentale

Un individu ayant une expertise en santé mentale, qu'elle soit reliée à la promotion, la prévention, le diagnostic, le traitement, l'auto-assistance ou le soutien des pairs.<sup>108</sup>

## Santé de la population (approche, système, planification)

Un cadre conceptuel de pensée concernant la santé. Le but général de cette approche est de maintenir et d'améliorer la santé de la population entière et de réduire les inégalités dans le domaine de la santé entre les groupes de population. Par cette approche, toute la gamme de conditions et facteurs individuels et collectifs connus (c.-à-d. fondés sur des preuves) qui déterminent l'état de santé de la population, ainsi que les interactions entre ceux-ci, sont pris en considération au moment de planifier une amélioration de la santé. La santé

et les soins de santé primaires à la population sont semblables parce qu'ils sont axés sur les déterminants généraux de la santé, reposent sur la collaboration intersectorielle, sont soumis à l'imputabilité et à la justification, et impliquent de travailler avec les collectivités à la recherche de solutions. Les soins de santé primaires sont différents de la santé de la population parce qu'ils englobent une composante de prestation de services qui cible les individus, les familles et les collectivités.<sup>109</sup>

## Soins de santé primaires

Le premier contact de l'individu avec le système de santé, caractérisé par un éventail de services de santé globaux, coordonnés et continus, notamment la promotion de la santé, le diagnostic, le traitement et la gestion des maladies chroniques. Les soins de santé primaires sont dispensés dans de nombreux contextes, notamment dans les milieux de travail, les écoles, le domicile, les établissements de soins de santé, les foyers pour personnes âgées, les centres de soins infirmiers, les centres de jour, les cabinets des prestataires de soins de santé et les cliniques communautaires. Ils sont également offerts par téléphone, par les services d'Infosanté et par Internet.<sup>110</sup>

## Contextes des soins de santé primaires

Les soins de santé primaires sont dispensés dans de nombreux contextes, notamment dans les milieux de travail, les écoles, le domicile, les établissements de soins de santé, les foyers pour personnes âgées, les centres de soins infirmiers, les garderies et les cliniques communautaires. Ils sont également offerts par téléphone, par les services d'infosanté et par Internet.<sup>111</sup>

**Autorités (ou régies) régionales de la santé**

Structures de gouvernance pour des services de santé plus localisés, habituellement dévolus d'une compétence provinciale, avec la responsabilité de fournir et d'administrer des services de santé dans une région géographique spécifiée.<sup>112</sup>

**Télesanté**

Utilisation des télécommunications et des technologies de l'information pour surmonter les barrières géographiques entre les praticiens de la santé et les utilisateurs de services aux fins diagnostiques, thérapeutiques, de consultation, d'éducation et de transfert d'information en santé.<sup>113</sup>

## Acronymes

<b>24/7</b>	24 heures par jour, 7 jours par semaine
<b>ICCSM</b>	Initiative canadienne de collaboration en santé mentale
<b>CSC</b>	Centre de santé communautaire
<b>MSSS</b>	Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest
<b>F/P/T</b>	Fédéral/provincial/territorial
<b>ASSS</b>	Autorités de la santé et des services sociaux
<b>RLISS</b>	Réseau local d'intégration des soins de santé
<b>ILSP</b>	Initiatives locales de soins de santé primaires
<b>T.N.-O</b>	Territoires du Nord-Ouest
<b>RRS</b>	Régies régionales de la santé
<b>CRS</b>	Conseils régionaux de santé
<b>GMF</b>	Groupes de médecine familiale
<b>ORS</b>	Offices régionaux de la santé
<b>RSP</b>	Réseaux de soins primaires
<b>ASR</b>	Autorités sanitaires régionales
<b>CLSC</b>	Centres locaux de services communautaires
<b>ARS</b>	Autorités régionales de la santé
<b>B.C.</b>	British Columbia (Colombie-Britannique)
<b>ASD</b>	Autorités sanitaires de district

# annexeB

## MÉTHODOLOGIE

### Brève description de la méthodologie de recherche

La recherche s'appuie essentiellement sur des entrevues avec des informateurs clés dans chaque province et territoire, avec documentation à l'appui fournie par les informateurs clés et la bibliothèque de l'ICCSM. Des recherches sur le Web ont aussi été effectuées.

Cette recherche a été réalisée entre juin et novembre 2004.

### Entrevues avec les informateurs clés

Les individus approchés comme informateurs clés potentiels étaient des membres du 1) Groupe fédéral/provincial/territorial du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, 2) Groupe de travail fédéral/provincial/territorial en santé mentale ou 3) les directeurs généraux ou autre personnel désigné des divisions provinciales de l'Association canadienne pour la santé mentale. (Voir ci-dessous la liste des communications préliminaires avec les dates d'envoi à chaque groupe.)

Sur les 34 informateurs clés que nous avons contactés, 27 ont participé à l'étude. Vingt-quatre entrevues ont été réalisées par téléphone et trois par courrier électronique. La durée moyenne des entrevues téléphoniques fut de 50 minutes. (Voir ci-dessous le moyen informel utilisé pour orienter la discussion des entrevues.)

Les informateurs clés ont tous eu l'occasion d'examiner les ébauches des sections du rapport concernant leur province ou territoire et de transmettre leurs commentaires par écrit, habituellement par courrier électronique.

## Communications préliminaires avec les groupes d'informateurs clés

### 1. *Aux membres du Groupe fédéral/provincial/territorial du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (ADRESSÉE le 29 juillet 2004)*

*Cher membre du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires,*

*Je m'appelle Natalie Pawlenko et votre nom m'a été transmis par Ghyslaine Jalbert, agente principale de programme au Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, Santé Canada. Je suis chercheuse pour l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM) et j'aimerais obtenir quelques minutes de votre temps pour vous parler des soins primaires et des soins de santé mentale axés sur la collaboration dans votre province.*

*L'ICCSM est financée par un projet du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (Santé Canada) et groupe douze organisations nationales représentant les services communautaires, les consommateurs, les groupes familiaux et d'entraide, les diététistes, les médecins de famille, les infirmières et infirmiers, les ergothérapeutes, les pharmaciens, les psychiatres, les psychologues et les travailleuses et travailleurs sociaux des quatre coins du Canada. Le Consortium travaille de concert à l'amélioration de la santé mentale et du bien-être des Canadiens en améliorant les relations, en renforçant la collaboration et en supprimant les obstacles à une plus grande collaboration entre les prestataires de soins, les consommateurs et leurs familles, et les collectivités (pour plus d'information, consultez le site <http://www.shared-care.ca/consortium.shtml>).*

*On m'a demandé de préparer un rapport de recherche pour le Comité de direction de l'Initiative. Ce rapport comprendra un examen des politiques et des stratégies entreprises par chaque province pour faciliter, soutenir et faire progresser la collaboration en santé mentale dans les contextes des soins primaires. C'est donc pour ce document de recherche, qui doit être complété vers le début de septembre, que je sollicite votre point de vue.*

*Pouvez-vous me dire quel moment vous conviendrait le mieux pour un entretien d'environ 30 minutes. Pour votre information, j'ai dressé ci-dessous la liste des questions que j'aimerais approfondir. Peut-être préférez-vous référer cette entrevue à un autre collègue; si tel est le cas, veuillez me dire si cette approche est la plus appropriée pour soumettre cette demande. Si vous le préférez, ces questions pourraient vous être soumises par écrit.*

*Merci à l'avance pour votre aide, et j'attends votre réponse. Si je ne reçois pas de réponse à ce courriel d'ici la fin de la journée du vendredi 30 juillet, je communiquerai avec vous/ou votre assistant par téléphone au retour de cette longue fin de semaine.*

*Veuillez agréer l'expression de mes sentiments les meilleurs.*

*Natalie Pawlenko, MSS*

*Chercheuse*

*Initiative canadienne de collaboration en santé mentale*

*a/s Le Collège des médecins de famille du Canada*

## 2. Aux membres du Groupe de travail fédéral/provincial/territorial en santé mentale (ADRESSÉE le 27 juillet 2004)

Bonjour,

Je m'appelle Natalie Pawlenko et votre nom m'a été transmis par Karl Lakaski (analyste principal de la politique, Unité de promotion de la santé mentale, Agence de santé publique du Canada) de Santé Canada. Je suis chercheuse pour l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM) et j'aimerais obtenir quelques minutes de votre temps pour vous parler des soins primaires et de la collaboration en santé mentale dans votre province.

L'ICCSM est financée par un projet du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (Santé Canada) et groupe douze organisations nationales représentant les services communautaires, les consommateurs, les groupes familiaux et d'entraide, les diététistes, les médecins de famille, les infirmières et infirmiers, les ergothérapeutes, les pharmaciens, les psychiatres, les psychologues et les travailleuses et travailleurs sociaux des quatre coins du Canada. Le Consortium travaille de concert à l'amélioration de la santé mentale et du bien-être des Canadiens en améliorant les relations, en renforçant la collaboration et en supprimant les obstacles à une plus grande collaboration entre les prestataires de soins, les consommateurs et leurs familles, et les collectivités (pour plus d'information, consultez le site <http://www.shared-care.ca/consortium.shtml>).

Je prépare un rapport de recherche pour le Comité de direction de l'Initiative qui comprend un examen des politiques et des stratégies entreprises par chaque province pour faciliter, soutenir et faire progresser la collaboration en santé mentale dans les contextes de première ligne.

C'est donc pour ce document de recherche, qui doit être complété vers le début de septembre, que je sollicite votre point de vue.

Pouvez-vous me dire quel moment vous conviendrait le mieux pour un entretien d'environ 30 minutes et quel est le meilleur numéro pour vous joindre. À titre d'information, j'ai dressé ci-dessous la liste des questions que j'aimerais approfondir et j'ai pris la liberté d'inclure un calendrier avec la date/l'heure pour vous faciliter la tâche.

Peut-être préférez-vous référer cette entrevue à un autre collègue; si tel est le cas, veuillez me dire si cette approche est la plus appropriée pour soumettre cette demande.

Merci à l'avance pour votre aide, et j'attends votre réponse. Si je ne reçois pas de réponse à ce courriel d'ici la fin de la journée du jeudi 29 juillet, je communiquerai avec vous et/ou votre assistant par téléphone pour assurer le suivi.

Veuillez agréer l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Natalie Pawlenko, MSS  
 Chercheuse  
 Initiative canadienne de collaboration en santé mentale  
 (250) 748-2925  
 Le Collège des médecins de famille du Canada  
 2630, avenue Skymark, Mississauga, ON L4W 5A4

### **3. Aux divisions provinciales de l'Association canadienne pour la santé mentale (ADRESSÉE le 28 juillet 2004)**

*Cher directeur général,*

*Je m'appelle Natalie Pawlenko et votre nom m'a été transmis par Bonnie Pape (directeur des programmes et de la recherche, bureau national de l'ACSM). Je suis chercheuse pour l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM) et j'aimerais obtenir quelques minutes de votre temps pour vous parler des soins primaires et de la collaboration en santé mentale dans votre province.*

*L'ICCSM est financée par un projet du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (Santé Canada) et groupe douze organisations nationales représentant les services communautaires, les consommateurs, les groupes familiaux et d'entraide, les diététistes, les médecins de famille, les infirmières et infirmiers, les ergothérapeutes, les pharmaciens, les psychiatres, les psychologues et les travailleuses et travailleurs sociaux des quatre coins du Canada. Le Consortium travaille de concert à l'amélioration de la santé mentale et du bien-être des Canadiens en améliorant les relations, en renforçant la collaboration et en supprimant les obstacles à une plus grande collaboration entre les prestataires de soins, les consommateurs et leurs familles, et les collectivités (pour plus d'information, consultez le site <http://www.shared-care.ca/consortium.shtml>).*

*Je prépare un rapport de recherche pour le Comité de direction de l'Initiative (dont fait partie Bonnie Pape). Ce rapport comprendra un examen des politiques et des stratégies entreprises par chaque province pour faciliter, soutenir et faire progresser la collaboration en santé mentale dans les contextes primaires. C'est donc pour ce document de recherche, qui doit être complété vers le début de septembre, que je sollicite votre point de vue. C'est donc pour ce document de recherche, qui doit être complété vers le début de septembre, que je sollicite votre point de vue.*

*Pouvez-vous me dire quel moment vous conviendrait le mieux pour un entretien d'environ 30 minutes et quel est le meilleur numéro pour vous joindre. À titre d'information, j'ai dressé ci-dessous la liste des questions que j'aimerais approfondir et j'ai pris la liberté d'inclure un calendrier avec la date/l'heure pour vous faciliter la tâche. Par contre, si vous préférez répondre aux questions par écrit, sentez-vous bien aise de le faire.*

*Merci à l'avance pour votre aide, et j'attends votre réponse. Si je ne reçois pas de réponse à ce courriel d'ici la fin de la journée du jeudi 29 juillet, je communiquerai avec vous et/ou votre assistant par téléphone pour assurer le suivi.*

*Veillez agréer l'expression de mes sentiments les meilleurs.*

*Natalie Pawlenko, MSS  
Chercheuse  
Initiative canadienne de collaboration en santé mentale  
(250) 748-2925  
Le Collège des médecins de famille du Canada  
2630, avenue Skymark, Mississauga, ON L4W 5A4*

## Questionnaire à caractère non officiel utilisé pour orienter la discussion avec les informateurs clés

1. Veuillez décrire les changements récents dans la politique et/ou le financement en soins primaires qui soutiennent ou font progresser l'objectif d'une collaboration en santé mentale dans les contextes de première ligne.

2. Quel(s) document(s) décrivent ce(s) changement(s) ?

3. Quel secteur de votre ministère régit/attribue le financement qui a une incidence sur les soins de santé mentale qui sont dispensés dans le contexte des soins primaires ?

4. Quels autres niveaux administratifs/divisions du gouvernement ou des autres organisations médicales considérez-vous essentiels pour réussir la mise en œuvre et la durabilité de la collaboration en santé mentale dans les contextes des soins primaires ? Pourquoi considérez-vous essentiels ces autres niveaux administratifs/divisions du gouvernement ? Pouvez-vous nommer un principal agent de liaison au sein de chacun ?

5. Quelle serait l'initiative de collaboration en santé mentale/soins primaires la plus réussie au sein de votre province/territoire? Pourquoi la considérez-vous une réussite ? Considérez-vous que cette initiative est durable et pourquoi?

6. Le rapport Romanow recommandait la mise en place d'équipes de gestion de cas et d'intervention à domicile; cette recommandation a-t-elle été mise en œuvre au sein de votre province/territoire ? Si oui, veuillez décrire comment elle a été appliquée. Sinon, veuillez dire pourquoi.

7. Qu'est-ce que vous considérez comme les principaux obstacles aux soins de santé mentale axés sur la collaboration dans les contextes des soins primaires ?

8. Qu'est-ce que vous considérez comme les principaux facilitateurs des soins de santé mentale axés sur la collaboration dans les contextes des soins primaires ?

9. Aimerez-vous ajouter autre chose ?



## annexeC

## INFORMATEURS CLÉS

## Alberta

**Fern Miller**

*Chef d'équipe de projet*, Stratégies d'amélioration de la santé de la population  
Santé et Mieux-être Alberta  
23rd Floor, TELUS Plaza North Tower  
10025 Jasper Avenue,  
Edmonton AB T5J 2N3  
Courriel : Fern.Miller@gov.ab.ca  
(Entretien réalisé le 20 août 2004)

**Betty Jeffers**

*Analyste principale de la politique*, Division de la planification stratégique  
Santé et Mieux-être Alberta  
Telus Plaza, 10025 Jasper Avenue, 18th Floor  
Edmonton, Alberta T5J 2N3  
Tél. : (780) 415-2843 Téléc. : (780) 427-2511  
Courriel : betty.jeffers@gov.ab.ca  
(Entretien réalisé le 26 août 2004)

**Peter Portlock**

*Directeur administratif adjoint*  
Association canadienne pour la santé mentale,  
Division Alberta  
328 Capital Place, 9707 - 110 Street NW  
Edmonton, AB T5K 2L9  
Tél. : (780) 482-6576 Téléc. : (780) 482-6348  
Courriel : division@cmha.ab.ca  
Site Web : www.cmha.ab.ca  
(Entretien réalisé le 28 juillet 2004)

## Colombie-Britannique

**Gerrit van der Leer**

*Gestionnaire*, Services de santé mentale et toxicomanies  
Planification et innovation  
Ministère des Services de santé de la C.-B.  
6-1, 1515 Blanshard St  
Victoria BC V8W 3C8  
Tél. : (250) 952 1610 Téléc. : (250) 952 1689  
Courriel : Gerrit.vanderleer@gems5.gov.bc.ca  
(Entretien réalisé le 12 août 2004)

**D' John Campbell**

Santé mentale et toxicomanies  
Ministère des Services de santé de la C.-B.  
(Entretien réalisé le 12 août 2004)

**Eric MacNaughton**

*Consultant*, Évaluation en santé mentale et Communautés  
Université de Colombie-Britannique  
Vancouver, C.-B.  
(Entretien réalisé le 19 août 2004 par courriel)

## Manitoba

**Christine Ogarenko**

Direction générale de la Santé mentale, Santé Manitoba  
2 - 300 Carlton St.  
Winnipeg, MB R3B 3M9  
(Entretien réalisé le 4 août 2004)

**Marie O'Neill**

*Directrice*, Soins de santé primaires  
Santé Manitoba  
4036 - 300 Carlton Street,  
Winnipeg, MB R3B 3M9  
Tél. : (204) 786-7176 Téléc. : (204) 779-1044  
Courriel : maoneill@gov.mb.ca  
(Entretien réalisé le 4 août 2004)

## Nouveau-Brunswick

### Lise Girard

*Conseillère*, Renouvellement des soins de santé  
Santé et Bien-être  
Gouvernement du Nouveau-Brunswick  
Carleton Place PO Box 5100,  
Fredericton, BC E3B 5G8  
(Entretien réalisé le 19 août 2004)

### Rob Kelly

*Directeur*, Gestion de la qualité et Soutien exécutif  
Division des Services de santé mentale  
Santé et Bien-être  
Gouvernement du Nouveau-Brunswick  
Tél. : 506-444-5145  
(Entretien réalisé par courriel en août 2004)

## Terre-Neuve-et-Labrador

### Juanita Barrett

Ministère de la Santé et des Services communautaires  
Bureau des Soins primaires  
P.O. Box 8700, St. John's, NL A1B 4J6  
Tél. : (709) 758-1548 Téléc. : (709) 729-2159  
Courriel : JuanitaBarrett@gov.nf.ca  
(Entretien réalisé le 17 août 2004)

### Joy Maddigan

*Directrice*, Élaboration des politiques  
Santé et Services communautaires  
St. John's, Terre-Neuve  
Courriel : jmaddigan@gov.nl.ca  
(Entretien réalisé le 20 août 2004)

## Territoires du Nord-Ouest

### Sandy Little

*Consultante en Santé mentale*, Bien-être communautaire  
Ministère de la Santé et des Services sociaux  
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest  
Box 1320 - GST - 6/ 5022 - 49th Street  
Yellowknife, Territoires du Nord-Ouest X1A 2L9  
Courriel : sandy\_little@gov.nt.ca  
(Entretien réalisé le 9 août 2004)

## Nouvelle-Écosse

### Carol Tooton

*Directrice générale*  
Association canadienne pour la santé mentale,  
Division Nouvelle-Écosse  
63 King Street, Dartmouth, NS B2Y 2R7  
Tél. : (902) 466-6600 Téléc. : (902) 466-3300  
Courriel : cmhans@allstream.net  
(Entretien réalisé le 6 août 2004)

### D<sup>r</sup> David A. Gass, MD, FCFP

*Directeur*, Soins de santé primaires  
Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse  
10th floor, 1690 Hollis Street,  
P.O. Box 488, Halifax, NS B3J 2R8  
Courriel : gassda@gov.ns.ca  
Tél. : (902) 424-3076 Téléc. : (902) 424-3243  
(Entretien réalisé le 18 août 2004)

### D<sup>r</sup> John A Campbell, PhD

*Directeur*, Programmes pour adultes  
Division des Services de santé mentale  
Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse  
Halifax, NS  
Courriel : jcampbell@gov.ns.ca  
(Entretien réalisé le 12 août 2004)

## Nunavut

### Wayne Govereau

*Directeur général*, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique  
Ministère de la Santé et des Services sociaux  
Gouvernement du Nunavut  
Box 1000, Station 1000  
Iqaluit, NU X0A 0H0  
Tél. : 867-975-5709 Téléc. : 867-975-5705  
Courriel : wgovereau@gov.nu.ca  
(Entretien réalisé par courriel entre le 22 septembre et le 4 octobre 2004)

## Ontario

### Lisa McDonald

*Analyste principale de la politique*, Division de la santé mentale  
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Toronto ON  
Tél. : 416-327-7592  
(Entretien réalisé le 8 septembre 2004)

### D<sup>re</sup> Barb Everett

*Directrice générale*  
Association canadienne pour la santé mentale,  
Division Ontario  
180 Dundas St. W., Suite 2301  
Toronto, ON M5G 1Z8  
Tél. : (416) 977-5580 Téléc. : (416) 977-2264 ou (416) 977-2813  
Courriel : info@ontario.cmha.ca  
Site Web : www.ontario.cmha.ca  
(Entretien réalisé le 9 août 2004)

### Kim Calderwood, PhD, RSW

*Professeur adjoint*, École de travail social  
Université de Windsor  
Windsor, ON N9B 3P4  
Tél. : 519-253-3000, poste 3083 Téléc. : 519-973-7036  
Courriel : kcalder@uwindsor.ca  
(Entretien réalisé le 28 juillet 2004)

## Île-du-Prince-Édouard

### Tina Pranger

*Conseillère en santé mentale*, Ministère de la Santé et des Services sociaux  
Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard  
P.O. Box 2000, Charlottetown, PEI C1A 7N8  
Courriel : tpranger@ihis.org  
(Entretien réalisé le 18 août 2004)

## Québec

### André Delorme, MD, FRCPC

*Directeur*, Direction de la santé mentale DGSSMU  
Ministère de la Santé et des Services Sociaux  
1075, ch. Ste-Foy, 3e étage,  
Québec, QC G1S 2M1  
Tél : 418-266-6835 Téléc. : 418-266-8774  
(Entretien réalisé le 13 septembre 2004)

## Saskatchewan

### D<sup>r</sup> Gill White

*Directeur exécutif intérimaire*, Direction générale des Services de soins primaires  
Santé Saskatchewan  
3475 Albert Street, Regina SK S4S 6X6  
Tél. : (306) 787-0875 Téléc. : (306) 787-0890  
Courriel : gwhite@health.gov.sk.ca  
(Entretien réalisé le 10 août 2004)

### Karen Gibbons

*Directrice du Soutien aux programmes*, Direction générale des soins communautaires  
Santé Saskatchewan  
3475 Albert Street.  
Regina, Saskatchewan S4S 6X6  
Courriel : kgibbons@health.gov.sk.ca  
(Entretien réalisé le 4 août 2004)

## **Lorne Sier**

*Conseiller en santé mentale, Santé Saskatchewan*  
Program Support Unit C  
Adresse postale : 1st Floor, 3475 Albert Street, Regina,  
SK S4S 6X6  
Télé. : (306) 787-7095  
(Entretien réalisé le 4 août 2004)

## **Dave Nelson**

*Directeur général*  
Association canadienne pour la santé mentale,  
Division Saskatchewan  
2702 - 12th Avenue, Regina, SK S4T 1J2  
Tél. : (306) 525-5601 Téléc. : (306) 569-3788  
Courriel : cmhask@cmhask.com  
Site Web : www.cmhask.com  
(Entretien réalisé le 3 août 2004)

## **Yukon**

### **Marie Fast**

*Responsable clinique de la santé mentale au Yukon*  
Services de santé mentale (#4 Rd.)  
Santé et Affaires sociales  
Gouvernement territorial du Yukon  
P.O. Box 2703, Whitehorse, YT Y1A 2C6  
Courriel : marie.fast@gov.yk.ca  
(Entretien réalisé en août 2004)

# NOTES

1. Gagné, 2005
2. Voir Annexe B – Méthodologie
3. Voir Annexe C – Informateurs clés
4. Gagné, 2005
5. Gagné, 2005
6. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. *Building on values: the future of healthcare in Canada – final report, November 2002*. Ottawa: Conseil privé ; 2002. 357p. (Commissaire : Roy J. Romanow). Disponible à : <http://www.hc-sc.gc.ca/english/care/romanow/hcc0086.html>
7. Premier's Advisory Council on Health for Alberta. *A framework for reform: report of the Premier's Advisory Council on Health, December 2001*. Edmonton, Alb. : Council; 2001. 73p. (Président : Don Mazankowski). Disponible à : <http://www.premiersadvisory.com/reform.html> OU [http://www.premieradvisory.com/pdf/PACH\\_report\\_final.pdf](http://www.premieradvisory.com/pdf/PACH_report_final.pdf)
8. Jeffers B. Communication personnelle 26 août 2004. (Voir Annexe C pour la liste des informateurs clés.)
9. Provincial Mental Health Planning Project. *Advancing the mental health agenda: a provincial mental health plan for Alberta*. Edmonton, Alb. : Alberta Mental Health Board ; avril 2004. 64 p. Disponible à : <http://www.amhb.ab.ca/publications/reports.asp>
10. Provincial Mental Health Planning Project, 2004.
11. Calgary Health Region. *Family physicians, psychiatrists, and mental health clinicians team up to improve patient care*, 13 janvier 2004. [news release] Edmonton Alb. : Gouvernement de l'Alberta. Disponible à : <http://www.gov.ab.ca/acn/200401/15737.html>
12. Miller F. Communication personnelle. 20 août 2004.
13. *Alberta Wellnet* [page sur l'Internet]. Edmonton, Alb. : Alberta Health and Wellness ; Télésanté. Disponible à : <http://www.albertawellnet.org/default.asp>
14. Jeffers 2004, Miller 2004, Portlock P. Communication personnelle. 28 juillet 2004.
15. Ministère de la Santé et ministère de la Planification de la santé de la Colombie-Britannique. *Renewing primary health care for patients: how primary health care transition funding will strengthen patient access to high quality comprehensive care in British Columbia Victoria, C.-B. : Ministère des Services de santé de la C.-B. ; janvier 2003. 17p.* Disponible à : <http://www.healthservices.gov.bc.ca/phc/pdf/renewphc.pdf>.
16. Voir *British Columbia Health Authorities Act. Regional Health Boards Regulation. B.C. Reg. 293/2001*. (12 décembre 2001). Victoria, C.-B. : Queen's Printer ; 2001. Disponible à : [http://www.qp.gov.bc.ca/statreg/reg/H/HealthAuth/293\\_2001.htm](http://www.qp.gov.bc.ca/statreg/reg/H/HealthAuth/293_2001.htm)
17. van der Leer G. Communication personnelle. 12 août 2004.
18. *Best practices in mental health and addictions in BC* [page sur l'Internet ; mise à jour 31 jan 2005] Victoria, Colombie-Britannique : Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. Disponible à : <http://www.hlth.gov.bc.ca/mhd/bpelementsbc.html>
19. van der Leer 2004.
20. *Every door is the right door: a British Columbia planning framework to address problematic substance use and addiction*. Victoria, C.-B. : Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique ; mai 2004. 116p. Disponible à : [http://www.healthservices.gov.bc.ca/mhd/pdf/framework\\_for\\_substance\\_use\\_and\\_addiction.pdf](http://www.healthservices.gov.bc.ca/mhd/pdf/framework_for_substance_use_and_addiction.pdf).
21. [http://www.bcma.org/public/news\\_publications/releases2004/july/ratificationnewsrelease.pdf](http://www.bcma.org/public/news_publications/releases2004/july/ratificationnewsrelease.pdf)
22. van der Leer 2004.
23. van der Leer 2004 ; MacNaughton E, Communication personnelle ; 12 août 2004.
24. *Cadre d'action pour les soins de santé primaires. Soins de santé primaires*. [mise à jour 30 avril 2003]. Winnipeg, Man. : Santé Manitoba. Disponible à : <http://www.gov.mb.ca/health/primaryhealth.html>
25. Santé Manitoba. Health Services Insurance Fund. Dans : *Santé Manitoba. Annual report 2002-2003*. Winnipeg, Man. : Santé Manitoba ; Ministère de la Santé du Manitoba; 2003. p. 66. Disponible à : <http://www.gov.mb.ca/health/ann/200203/annrpt0203.pdf>
26. Ogarenko C. Communication personnelle. août 2004.
27. *Santé mentale* [page sur l'Internet] Winnipeg, Man. : Santé Manitoba. Disponible à : <http://www.gov.mb.ca/health/mh/index.fr.html>
28. Ogarenko 2004.
29. <http://www.gov.mb.ca/health/mh/>
30. *Santé mentale* [page sur l'Internet] Winnipeg, Man. : Santé Manitoba ; Qu'est-ce que le Renouveau en santé mentale ? Disponible à : <http://www.gov.mb.ca/health/mh/renewal.fr.html>
31. Ogarenko 2004 ; O'Neill M. Communication personnelle. 4 août 2004.
32. O'Neill 2004 ; Ogarenko 2004.
33. *Community Mental Health Services* [page sur l'Internet]. Winnipeg, Man. : Office régional de la santé de Winnipeg ; Disponible à : <http://www.wrha.mb.ca/findcare/careincom/mentalhealth.php>.
34. O'Neill 2004 ; Ogarenki 2004
35. Rob Kelly, directeur, Gestion de la qualité et soutien exécutif, Division des services de santé mentale, Santé et Mieux-être Nouveau-Brunswick, a agi comme principal informateur clé pour cette section, 30 août 2004.
36. Girard L. Communication personnelle. 19 août 2004.
37. *Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick. Healthy futures : securing New Brunswick's health care system : the provincial health plan 2004-2008*. Fredericton, N.-B. : Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick; 2004. 56p. Disponible à : [http://www.gnb.ca/0051/pdf/healthplan-2004-2008\\_e.pdf](http://www.gnb.ca/0051/pdf/healthplan-2004-2008_e.pdf)
38. *Centres de santé mentale communautaires : programmes de base*. [page sur l'Internet]. Fredericton, N.-B. : Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick. Disponible à : <http://www.gnb.ca/0055/cmhcs-f.asp>
39. Girard 2004.
40. Girard 2004, Kelly 2004.
41. Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve et Labrador. *Healthier together: a strategic health plan for Newfoundland and Labrador*. Terre-neuve et Labrador. St. John's, T.-N.-L. : Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve et Labrador ; septembre 2002. 42p. Disponible à : <http://www.gov.nf.ca/health/strategiehealthplan/>

42. Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve et Labrador. *Moving forward together: mobilizing primary health care - a framework for primary health renewal for Newfoundland and Labrador*. St. John's, T.-N.-L. : Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve et Labrador ; septembre . 37p. Disponible à : <http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/pdfs/Moving%20Forward%20Together%20apple.pdf>
43. Barrett J. Communication personnelle. 17 août 2004.
44. Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve et Labrador. *Working together for mental health: a proposed mental health services strategy for Newfoundland and Labrador : document de discussion*. St. John's, T.-N.-L. : Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve et Labrador ; novembre 2004 ; 32p. Disponible à : <http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/pdfs/Mental%20Health%20Strategy%20Disc%20Doc%20Nov%202003.pdf>
45. Maddigan J. Communication personnelle. 20 août 2004.
46. Barrett 2004 ; Maddigan 2004.
47. Little S. Communication personnelle. 9 août 2004.
48. Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest. *Modèle de prestation de services intégrés pour le système de services de santé et de services sociaux des TNO : résumé en langage clair*. Yellowknife, T. N.-O. : Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest ; mars 2004. Disponible à : <http://www.hlthss.gov.nt.ca/content/Publications/Reports/ISDM/isdmsummarymarch2004fr.pdf>
49. Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest. *NWT Primary Community Care Framework*. Yellowknife, T. N.-O. : Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest ; août 2002. Disponible à : <http://www.hlthss.gov.nt.ca/content/Publications/Reports/PrimaryCare/PCCFrameworkAug2002.pdf>
50. Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest. *Modèle de prestation des services intégrés* : mars 2004. Disponible à : <http://www.hlthss.gov.nt.ca/content/Publications/Reports/ISDM/isdmdetailedmarch2004fr.pdf>
51. Little 2004.
52. Little 2004.
53. Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse. *Standards for mental health services in Nova Scotia. Révisé et approuvé le 22 mars 2004 [mise à jour 31 mars 2004]*. Halifax, N.-É. : Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse ; 2004. 166p. Disponible à : <http://www.gov.ns.ca/health/mhs/pubs/standards2004.pdf>
54. Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse. *Strategic directions for Nova Scotia's mental health system*. Gouvernement de la Nouvelle-Écosse ; février 2003. Disponible à : [http://www.gov.ns.ca/health/downloads/strategic\\_directions.pdf](http://www.gov.ns.ca/health/downloads/strategic_directions.pdf)
55. Le rapport original a été publié en mai 2003, suivi du Highlight Report en mai 2004. Nova Scotia Advisory Committee on Primary Health Care Renewal. *Primary health care renewal: action for healthier Nova Scotians*, mai 2003. Halifax, N.-É. : Ministre de la Santé de la N.-É. ; 2003. 83p. Disponible à : <http://www.gov.ns.ca/health/primaryhealthcare/Final%20Report%20May%202003.pdf> suivi de : Primary health care renewal action for healthier Nova Scotians: highlights. Nouvelle-Écosse : Gouvernement de la Nouvelle-Écosse ; mai 2004. 16p. Disponible à : <http://www.gov.ns.ca/health/phcrenewal/Highlights.pdf>
56. Campbell J. Communication personnelle. 12 août 2004.
57. Tooton C. 6 août 2004. Communication personnelle.
58. Nova Scotia Advisory Committee on Primary Health Care Renewal. Mai 2003.
59. <http://www.gov.ns.ca/health/primary-care/default.htm>
60. <http://www.gov.ns.ca/health/release.asp?id=20040407001>
61. Gass D. Communication personnelle. 18 août 2004.
62. Gass 2004 ; Campbell 2004 ; Tooton 2004.
63. [http://www.regionalization.org/French/Regionalization\\_Fr/Reg\\_Prov\\_Overview\\_Table\\_Fr.html](http://www.regionalization.org/French/Regionalization_Fr/Reg_Prov_Overview_Table_Fr.html)
64. *Ontario's health transformation plan purpose and progress. Speaking notes for the Honourable Minister of Health and Long-Term Care*. 9 septembre, 2004. St. Lawrence Market, Édifice du nord [presse]. Toronto : Ministère de la Santé des Soins de longue durée de l'Ontario. Disponible à : [http://www.health.gov.on.ca/english/media/speeches/archives/sp\\_04/sp\\_090904.html](http://www.health.gov.on.ca/english/media/speeches/archives/sp_04/sp_090904.html)
65. Ministère de la Santé des Soins de longue durée de l'Ontario. *Making it happen: implementation plan for mental health reform*. Toronto : Queen's Printer for Ontario ; 1999. 45p. Disponible à : <http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/mental/MOH-imp.pdf>
66. Ontario Provincial Forum of Mental Health Implementation Task Force Chairs. *The time is now: themes and recommendations for mental health reform in Ontario*. Rapport final, décembre 2002. Toronto : Queen's Printer ; 2004. 65p. Disponible à : [http://www.health.gov.on.ca/english/providers/pub/mhitf/provincial\\_forum/provincial\\_forum.pdf](http://www.health.gov.on.ca/english/providers/pub/mhitf/provincial_forum/provincial_forum.pdf)
67. Ministère de la Santé des Soins de longue durée de l'Ontario. *Mental health accountability framework*. Ontario : Gouvernement de l'Ontario ; 2004. Disponible à : [http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/ministry\\_reports/mh\\_accountability/mh\\_accountability\\_e.html](http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/ministry_reports/mh_accountability/mh_accountability_e.html)
68. Everett B. Communication personnelle. 9 août 2004.
69. Everett 2004.
70. <http://www.npao.org/legislation.html>
71. Conseil régional de santé de Toronto. *Assessing the Impact of the Community Nursing Shortage in Toronto: Final Report* ; décembre 2001. Toronto : le Conseil ; 2002. Disponible à : <http://www.tdhc.org/protected/uploaded/publication/ccac%20nursing%20shortage%20final%20report%20december%202001.pdf?lang=en>
72. Calderwood K. Communication personnelle. 28 juillet 2004.
73. Everett 2004 ; Calderwood 2004 ; McDonald L. Communication personnelle. 8 septembre 2004.
74. Ministère de la Santé et des Services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard. *Strategic Plan for the Prince Edward Island Health and Social Services System*. Charlottetown, Î.-P.-É. : Ministère de la Santé et des Services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard ; décembre 2001. Disponible à : [http://www.gov.pe.ca/photos/original/hss\\_stratplan.pdf](http://www.gov.pe.ca/photos/original/hss_stratplan.pdf)
75. Ministère de la Santé et des Services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard. *Primary health care redesign initiatives outlined*, 23 octobre 2003 [communiqué de presse]. Charlottetown, Î.-P.-É. : Gouvernement de l'Î.-P.-É. Disponible à : <http://www.gov.pe.ca/news/getrelease.php3?number=3338>
76. Pranger T. Communication personnelle. 18 août 2004.
77. Consultez le site New Brunswick Health and Wellness. p.15. Disponible à : <http://www.gnb.ca/0051/pub/pdf/hrepcard-e.pdf>

78. Pranger 2004.
79. Pranger 2004.
80. André Delorme. *Jamais sans les médecins, dentistes et pharmaciens...* [Présentation PowerPoint] à : l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec, 10 septembre 2004.
81. Ministère de la Santé de la Saskatchewan. *The Saskatchewan action plan for primary health care*. Regina, Sask. : Ministère de la Santé de la Saskatchewan ; juin 2002. 16p. Disponible à : [http://www.health.gov.sk.ca/ph\\_phs\\_publications/phs\\_action\\_plan\\_for\\_primary\\_health\\_care.pdf](http://www.health.gov.sk.ca/ph_phs_publications/phs_action_plan_for_primary_health_care.pdf).
82. White G. Communication personnelle. 10 août 2004.
83. Gibbons K., Sier L. Communications personnelles. 4 août 2004.
84. Ministère de la Santé de la Saskatchewan. *Guidelines for the development of a regional health authority plan for primary health care services*. Regina, Sask. : Ministère de la Santé de la Saskatchewan; janvier 2003. 43p. Disponible à : [http://www.health.gov.sk.ca/ph\\_phs\\_publications/phs\\_pub\\_guidelines\\_%20for\\_dev.pdf](http://www.health.gov.sk.ca/ph_phs_publications/phs_pub_guidelines_%20for_dev.pdf)
85. D. Nelson. Communication personnelle. 4 août 2004.
86. Plan des autorités régionales de la santé, p 11.
87. Health Quality Council. *Mental health care in the primary care setting: challenges, successes and opportunities for improvement*. Saskatoon, Sask. : HQC, 2004. 36p. Disponible à : <http://www.hqc.sk.ca/download.jsp?9KKNMQAdv51Baq6KopNaou/jxqNQVtQUdaxrPajppz/Okmf2DtX2ltqR31+PKy8z>.
88. White 2004 ; Gibbons 2004 ; Sier 2004 ; Nelson 2004.
89. Ministère de la Santé et des Affaires sociales. *Primary Health Care Transition Fund Application Part A*, 25 octobre 2002. Whitehorse, Yn. : Ministère de la Santé et des Affaires sociales ; 2002. 12p. Disponible à : <http://www.hss.gov.yk.ca/phctf/finalA.pdf>.
90. Fast M. Communication personnelle. août 2004.
91. Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires. Yukon Territory/ British Columbia Multi-Jurisdictional Project. Integrating primary care with the multi-disciplinary team collaborative care for substance use and concurrent disorders: project description. Vancouver, C.-B. : Université de Colombie-Britannique ; janvier 2003 [mise à jour avril 2003] p. 5. 43p Disponible à : [http://www.mheccu.ubc.ca/telehealth/documents/PHCTF%20Project%20\(Aug%2014%202003\).pdf](http://www.mheccu.ubc.ca/telehealth/documents/PHCTF%20Project%20(Aug%2014%202003).pdf)
92. [http://www.mheccu.ubc.ca/telehealth/documents/PHCTF%20Project%20\(Aug%2014%202003\).pdf](http://www.mheccu.ubc.ca/telehealth/documents/PHCTF%20Project%20(Aug%2014%202003).pdf)
93. Ministère de la Santé et des Affaires sociales. *Report to the Yukon Public on the Primary Health Care Planning Forum*. Whitehorse, YK : Ministère de la Santé et des Affaires sociales ; novembre 2003, 12p. Disponible à : <http://www.hss.gov.yk.ca/phctf/report.pdf>
94. Fast 2004.
95. <http://www.hss.gov.yk.ca/phctf/report.pdf> p 8.
96. Fast 2004.
97. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada : rapport final*. Ottawa : Conseil privé ; novembre 2002. 357p. Disponible à : <http://www.hc-sc.gc.ca/français/soins/romanow/index.html> Le rapport recommandait que la gestion de cas et l'intervention au domicile soient disponibles pour venir en aide et soutenir les clients vivant dans la collectivité qui ont des périodes occasionnelles aiguës de comportement perturbateur pouvant constituer une menace pour eux-mêmes ou pour les autres, évitant ainsi une hospitalisation non nécessaire.
98. Oandasan I. *Interdisciplinary education for collaborative patient-centred practice: research and findings report*. 20 février 2004. Ottawa : Santé Canada ; 2004 p ii. Disponible à : [http://www.medfam.umontreal.ca/chaire\\_sadok\\_besrouir/ressource/PDF/IEPCP\\_Final\\_Report.pdf](http://www.medfam.umontreal.ca/chaire_sadok_besrouir/ressource/PDF/IEPCP_Final_Report.pdf) (et voir note de bas de page vii).
99. Association médicale canadienne, Association des infirmières et infirmiers du Canada. *Working together: a joint CNA/CMA collaborative practice project, HIV-AIDS example* [document de référence]. Ottawa : AMC ; 1996. p.24. Disponible au Centre de services aux membres de l'Association médicale canadienne au 1867, prom. Alta Vista., Ottawa, Ont. K1G 3Y6 ; courriel : [cmamsc@cma.ca](mailto:cmamsc@cma.ca)
100. Adapté de : Duffy Group Partners in Planning. *Cooperation and collaboration: melding tradition with innovation*. Toronto : The Change Foundation, mai 2005. Disponible à : [http://www.changefoundation.com/tcf/tcfbul.nsf/faf9f5c4d44b768605256b8e00037216/435cb6bd9442323d85256d82004e703d/\\$FILE/Co-operation&Collaboration.pdf](http://www.changefoundation.com/tcf/tcfbul.nsf/faf9f5c4d44b768605256b8e00037216/435cb6bd9442323d85256d82004e703d/$FILE/Co-operation&Collaboration.pdf)
101. Adapté de : Grady GF, and Wojner AW. Collaborative practice teams: The infrastructure of outcomes management. *AACN Clinical Issues*. Fév.1996 ; 7(1): 153-8 et Bruner C. *Thinking collaboratively: ten questions and answers to help policy makers improve children's services*. Washington, DC : Education and Human Services Consortium ; 1991.
102. Adapté de : Association médicale canadienne ; Association des infirmières et infirmiers du Canada. *Working together: A joint CAN/CMA Collaborative practice project, HIV/AIDS example* [document de référence]. Ottawa : CMA ; 1996. p. 24.
103. Institute of Medicine (U.S.). Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC : National Academy Press ; 2001. 364p. Disponible à : <http://www.nap.edu/catalog/10027.html>
104. Reflet des discussions tenues en janvier 2005 entre des initiatives nationales et régionales financées par le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires
105. Duncanis AJ, Golin AK. *The interdisciplinary health care team: a handbook*. Germantown, MD : Aspen Systems ; 1979. 201p.
106. Mourning 1999 referred to in McCallin A. Interdisciplinary team leadership: a revisionist approach for an old problem? *J Nurs Manag*. Nov. 2003 ; 11(6) : 364-70.
107. Way DO, Busing N, Jones L. *Implementation strategies: Collaboration in primary care-family doctors and nurse practitioners delivering shared care*, Toronto : Ontario College of Family Physicians, mai 2000. p. 3.
108. Initiative canadienne de collaboration en santé mentale. 2004. Définition interne.
109. *Primary Health Care Policy Framework. Primary health care*. [mise à jour 30 avril 2003]. Winnipeg, Man. : Santé Manitoba. Disponible à : <http://www.gov.mb.ca/health/primaryhealth.html>
110. Adapté de : Mable AL, Marriott J. *Sharing the learning - The Health Transition Fund Synthesis series: primary health care health*. Ottawa : Santé Canada ; 2002 : Disponible à : [http://www.hc-sc.gc.ca/hcf-fass/english/primary\\_en.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcf-fass/english/primary_en.pdf) et Nova Scotia Advisory Committee on Primary Health Care Renewal. *Primary Health Care Renewal : action for healthier Nova Scotians*, mai 2003. Halifax, N.-É. : Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse ; 2003. p.1. Disponible à : <http://www.gov.ns.ca/health/primaryhealthcare/Final%20Report%20May%202003.pdf> et Klaiman D. Increasing access to occupational therapy in primary health care. *Actualité ergothérapeutiques*, janvier/février 2004, 6(1). Disponible à : <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=1031>
111. Way DO, Busing N, Jones L. *Implementation strategies: Collaboration in primary care-family doctors and nurse practitioners delivering shared care*. Toronto : Ontario College of Family Physicians, mai 2000. p.3.
112. Initiative canadienne de collaboration en santé mentale. 2004. Définition interne.
113. *Primary Health Care Policy Framework. Primary health care*. [mise à jour 30 avril 2003]. Winnipeg, Man. : Santé Manitoba. Disponible à : <http://www.gov.mb.ca/health/primaryhealth.html>



# SÉRIE DE RECHERCHE

*Ce document fait partie d'une série de douze documents*

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

## **Douze 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