



Canadian
Collaborative
Mental Health
Initiative

Initiative
canadienne de
collaboration en
santé mentale

Établissant des initiatives axées sur la collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires pour les *populations rurales et isolées*

Un document d'accompagnement pour la
trousse d'outils de l'ICCSM sur la
planification et la mise en œuvre pour les
prestataires de soins de santé et les
planificateurs

PRESTATAIRES ET PLANIFICATEURS

GRUPE D'EXPERTS SUR LES POPULATIONS RURALES ET ISOLÉES

Groupe chargé de l'élaboration de cette trousse d'outils

Jack Haggarty, M.D., FRCPC (Directeur)

Hôpital psychiatrique de Lakehead, Groupe de soins St-Joseph, Thunder Bay (Ontario)

Tracey Henriksson, M.A., B.A. (Hon.)

Coordonnatrice de projet, Thunder Bay (Ontario)

Kimberley D. Ryan-Nicholls, RPN, RN, Ph.D. (candidate)

Université de Brandon, School of Health Studies, Brandon (Manitoba)

Peter Cornish, Ph.D.

Université Memorial de Terre-Neuve, St. Jean (Terre-Neuve)

Arnold Devlin, MSW, RSW

Services pour les enfants et les familles de Dilico Ojibway, Thunder Bay (Ontario)

Rob Lehman, M.D.

Sunshine Coast, Roberts Creek (Colombie-Britannique)

Marilee Zaharia, Ph.D.

Équipe pour les jeunes délinquants, Programme enfants/jeunesse, Services de santé mentale et de toxicomanie, Saskatoon (Saskatchewan)

Darcy Stann, BSP M.B.A. (Pharmacienne)

Canada Safeway limitée, Calgary (Alberta)

Jonathan Zinck, B.Sc. (Hon.)

Association canadienne pour la santé mentale, Timmins (Ontario)

Pour de plus amples renseignements, veuillez envoyer un courriel à l'adresse info@iccsm.ca ou communiquez avec le Dr Jack Haggarty à l'adresse haggartyj@tbh.net



GRUPE DE TRAVAIL SUR LA SÉRIE TROUSSES D'OUTILS

Groupe chargé de l'élaboration de la série Trousses d'outils à l'intention des prestataires et planificateurs de soins de santé

Sari Ackerman, Hamilton HSO Mental Health & Nutrition Program

Karen Cohen, représentante de la Société canadienne de psychologie au sein du Comité directeur de l'ICCSM

Anne Marie Crustolo, Hamilton HSO Mental Health & Nutrition Program

Martha Donnelly, University of British Columbia (codirectrice à la conception de la série Trousses d'outils)

Scott Dudgeon, membre du Comité directeur et du secrétariat de l'ICCSM

Marie-Anik Gagné, membre du secrétariat de l'ICCSM

David Gardner, représentant de l'Association des pharmaciens du Canada au sein du Comité directeur de l'ICCSM

Nick Kates, représentant de l'Association des psychiatres du Canada au sein du Comité directeur de l'ICCSM (codirecteur à la conception de la série Trousses d'outils)

Denise Kayto, représentante de la Fédération canadienne des infirmières et des infirmiers en santé mentale au sein du Comité directeur de l'ICCSM

Francine Lemire, représentante du Collège des médecins de famille du Canada au sein du Comité directeur de l'ICCSM

Susan Ross, Susan E. Ross and Associates

Zena Simces, Zena Simces and Associates

Phil Upshall, représentant de l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale au sein du Comité directeur de l'ICCSM

GESTIONNAIRES DE PROJET

Sari Ackerman, Hamilton HSO Mental Health & Nutrition Program

Susan Ross, Susan E. Ross and Associates

Zena Simces, Zena Simces and Associates

RÉDACTRICE

Sari Ackerman, Hamilton HSO Mental Health & Nutrition Program

REMERCIEMENTS

Nous remercions tous ceux qui ont gentiment répondu à notre sondage et participé à nos entrevues. Nous remercions également les membres du groupe d'experts, soit Tracey et Kim, Peter, Arnold, Rob, Marilee, Darcy et Jonathan qui ont offert de leur temps précieux durant le printemps et l'été pour faire de ce projet une entreprise de valeur et significative.

CITATION SUGGÉRÉE

Initiative canadienne de collaboration en santé mentale. Établissant des initiatives axées sur la collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires pour les populations rurales et isolées. Un document d'accompagnement pour la trousse d'outils de l'ICCSM sur la planification et la mise en œuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs. Mississauga, Ont. : Initiative canadienne de collaboration en santé mentale; février 2006. Disponible au www.iccsm.ca

Droit d'auteur © 2006 Initiative canadienne de collaboration en santé mentale
ISBN 1-897268-15-7

Ce rapport est disponible en français et en anglais.
This document is available in English and French.

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
Télec. : (905) 629-0893
Courriel: info@iccsm.ca
Site Web : www.iccsm.ca

Ce document a été rédigé à la demande du Secrétariat de l'ICCSM. Les opinions exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement le point de vue officiel des organisations membres du Comité directeur ou de Santé Canada.

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



Établissant des initiatives
axées sur la collaboration
entre les services de soins
de santé mentale et les
services de soins de santé
primaires pour les
populations rurales et isolées

Un document d'accompagnement
pour la trousse d'outils de
l'ICCSM sur la planification et la
mise en œuvre pour les
prestataires de soins de santé et
les planificateurs

Une trousse d'outils

Février 2006

NOTRE OBJECTIF

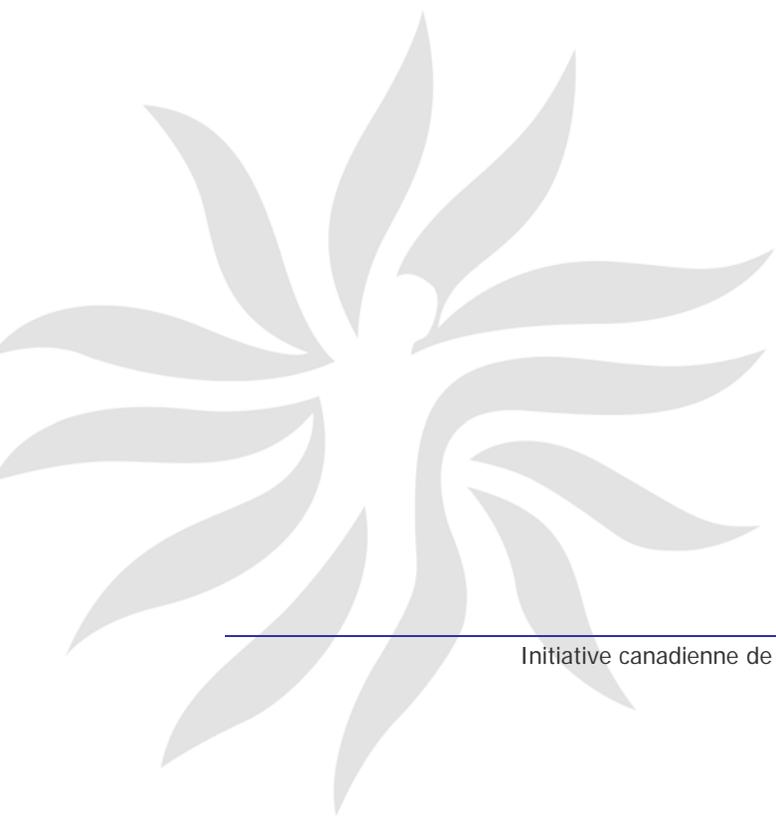
L'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM) s'efforce d'améliorer la santé mentale et le bien-être des Canadiens en renforçant les liens et la collaboration entre les prestataires de soins de santé, les usagers, les familles et les aidants naturels, et en facilitant l'accès des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

Table des matières

Préface	i
Sommaire	v
Introduction	1
Définir la population	3
Leçons tirées de la documentation	5
Modèles et initiatives axés sur la collaboration	6
Éléments clés et principes fondamentaux des soins de santé mentale axés sur la collaboration	9
Accessibilité	9
Structures de collaboration	12
Richesse de la collaboration	13
Système centré sur l'utilisateur	14
Cohérence des politiques, de la législation et des structures de financement	16
Fonds suffisants	19
Recherche basée sur des données probantes	21
Besoins communautaires	23
Planification et mise en oeuvre	25
Évaluation	29
Fournir des soins de santé mentale axés sur la collaboration efficaces dans les régions rurales et isolées	33
Problèmes clés à considérer	35
Références et lectures connexes	39
Annexe A : Processus de consultation	45
Annexe B : Initiatives de pratiques positives	49
Annexe C : Outils et ressources	55
Annexe D : Glossaire des termes et Index des acronymes	59

Établissant des initiatives axées sur la collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires pour les populations rurales et isolées
Un document d'accompagnement pour la trousse d'outils de l'ICCSM sur la planification et la mise en oeuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs

Populations rurales et isolées



Préface

Voici la série de trousse d'outils de l'ICCSM!

L'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM) est dirigée par 12 organismes nationaux représentant des services communautaires, des usagers, des familles et des aidants naturels, des groupes d'entraide, des diététistes, des médecins de famille, des infirmières et infirmiers, des ergothérapeutes, des pharmaciens, des psychiatres, des psychologues et des travailleuses et travailleurs sociaux. Financée par l'entremise du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de Santé Canada, l'ICCSM a pour objectif d'améliorer la santé mentale et le bien-être des Canadiennes et des Canadiens en améliorant la collaboration entre les prestataires de soins de santé mentale et primaires, les usagers, les familles et les aidants naturels.

Les trousse d'outils de l'ICCSM comprennent des outils pratiques visant à :

- assister les prestataires de soins et les planificateurs dans la mise en oeuvre d'initiatives de collaboration;
- aider les usagers en santé mentale et les membres de leur famille à comprendre la maladie mentale et à travailler avec les autres membres de l'équipe de soins; et
- informer les éducateurs des bienfaits de la formation interprofessionnelle et à fournir des outils afin d'informer sur les soins de santé mentale axés sur la collaboration.

Chaque trousse d'outils a été élaborée par un groupe d'experts interprofessionnels et guidée par un groupe de travail représentant un certain nombre de groupes d'intervenants clés. Nous espérons que les lecteurs de toute trousse d'outils de la série les recommanderont à d'autres personnes (p. ex., les usagers référant les trousse d'outils à leurs prestataires de soins et vice versa).

En plus de cette série de douze trousse d'outils, l'ICCSM a élaboré une Charte des principes et des engagements qui influencera l'avenir des soins de santé mentale au Canada ainsi qu'une série de rapports qui reproduisent l'état actuel des soins de santé mentale axés sur la collaboration. Les rapports soulignent les problèmes de ressources humaines en matière de santé, fournissent une bibliographie annotée, résumant les meilleures pratiques, révisent les initiatives provenant de partout au pays et résumant la réforme provinciale et territoriale en soins de santé mentale et primaires. Ces documents ont guidé la conception des trousse d'outils et sont disponibles au www.iccsm.ca.

Trousse d'outils de mise en oeuvre

Collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires : Une trousse d'outils sur la planification et la mise en oeuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs est un guide pour les prestataires de soins qui souhaitent mettre en oeuvre ou améliorer les services de santé mentale qu'ils fournissent par l'entremise de la collaboration. La trousse d'outils générale offre aux lecteurs un guide sur

tous les aspects de la planification, de la mise en oeuvre et de l'évaluation d'une initiative de soins de santé mentale axés sur la collaboration, ce qui implique d'évaluer les besoins, de fixer des objectifs, de développer un budget, de former une équipe, de veiller au bon fonctionnement de l'équipe, de gérer les changements et de surveiller l'évolution de l'initiative.

Huit trousse d'outils ciblant une population spécifique et intitulées *Établissant des initiatives axées sur la collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires* ont été conçues afin d'être utilisées conjointement avec la trousse d'outils générale. Elles offrent des conseils permettant d'adapter la trousse d'outils générale aux Autochtones, aux enfants et aux adolescents, aux populations ethnoculturelles, aux populations rurales et isolées, aux personnes âgées, aux personnes atteintes d'une maladie mentale grave, à celles ayant des problèmes de toxicomanie et aux populations urbaines marginalisées. Il y a un certain chevauchement entre les trousse d'outils. Par exemple, les renseignements sur les soins de santé mentale axés sur la collaboration et les sans-abri se retrouvent dans au moins trois trousse d'outils, soit dans celle pour les personnes atteintes d'une maladie mentale grave, celle pour les personnes ayant des problèmes de toxicomanie ainsi que dans la trousse spécifique aux populations urbaines marginalisées. Les lecteurs sont encouragés à considérer toutes les trousse d'outils qui peuvent s'avérer pertinentes à leurs besoins.

Les trousse d'outils, tant la trousse générale que celles spécifiques aux populations, ne sont pas conçues en tant que guides pour les pratiques cliniques, mais dans le but d'offrir des conseils pratiques sur les différents aspects de la mise en oeuvre réussie d'initiatives axées sur la collaboration.

Trousses d'outils pour les usagers, les familles et les aidants naturels

Les usagers, les familles et les aidants naturels ont élaboré ces deux trousse d'outils pour les usagers et leurs êtres aimés.

Travaillant ensemble vers le rétablissement : les usagers, les familles, les aidants naturels et les prestataires de soins est conçue pour tous les usagers, les familles et les aidant naturels qui désirent en savoir davantage sur la santé mentale et la maladie mentale, sur la façon d'accéder aux services et sur le type de professionnels qui peuvent les accompagner dans leur guérison. Cette trousse d'outils offre aussi un aperçu des thérapies complémentaires et des soins personnels ainsi que les contributions et les besoins des aidants naturels. Enfin, cette trousse d'outils comprend un guide permettant de « s'impliquer » qui décrit la façon dont le gouvernement et les conseils d'administration travaillent et pourquoi les usagers et les familles devraient participer.

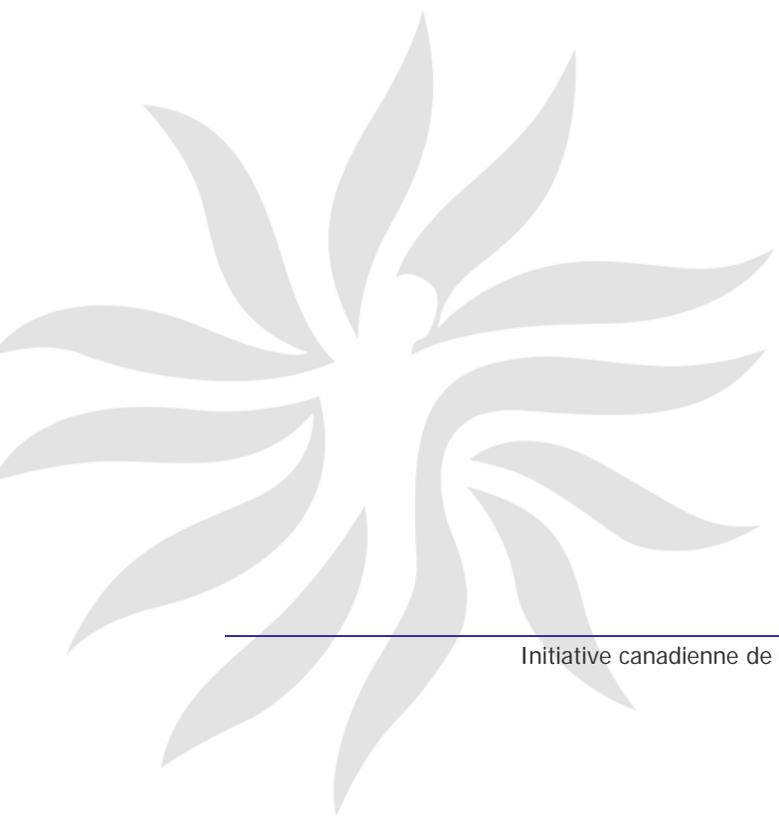
Vers le rétablissement : Guide de santé mentale pour les peuples des Premières Nations est une trousse d'outils qui offre une vue d'ensemble de base de la santé mentale et de la maladie mentale accompagnée d'une section contextuelle exposant les grandes lignes de l'impact

des conditions historiques, sociales, économiques et politiques sur la santé mentale de ces peuples. On trouve des outils dans cette trousse permettant de favoriser les soins holistiques.

Trousses d'outils pour les éducateurs

Renforcer la collaboration par la formation interprofessionnelle : Une ressource pour la collaboration entre les éducateurs en santé mentale sert de ressource de formation afin d'offrir une assistance lors de la mise en oeuvre des initiatives et des programmes de formation qui font la promotion des soins de santé mentale axés sur la collaboration dans des contextes de soins de santé primaires. La trousse d'outils cible les promoteurs de programmes de formation dans les organismes de réglementation, les associations professionnelles, les autorités régionales de la santé, les équipes de santé familiale, les ministères et les éducateurs dans les contextes de formation (universités et collèges) et de prestation de soins.

Cette trousse d'outils met l'accent sur l'importance de la formation interprofessionnelle dans la promotion de soins axés sur la collaboration. La trousse offre quatre études de cas et plusieurs activités accompagnées d'un exemple de plans de leçon et d'autres outils utiles afin d'aider les éducateurs dans la mise en oeuvre d'événements de formation.



Sommaire

Introduction

Les personnes vivant dans les régions rurales et isolées forment une population culturellement unique et diversifiée. Malgré cette diversité, les communautés rurales et isolées sont touchées par des problèmes communs en termes d'état de santé et d'accès aux soins de santé. La plupart des provinces et des territoires illustrent la tendance de la détérioration progressive de la santé en fonction de la distance les séparant des régions urbaines : une moins grande espérance de vie que la moyenne nationale; des taux plus élevés d'invalidité, de violence, d'empoisonnement, de suicide et de décès accidentels; et plus d'enjeux mentaux et physiques liés à la santé que leurs contreparties urbaines. Lorsqu'on considère les populations rurales et isolées du Canada, il faut accorder une attention particulière aux besoins des Autochtones dans la mesure où ils constituent l'un des plus grands segments des populations isolées.

Cette trousse d'outils a été conçue pour encourager une plus grande collaboration entre les professionnels des soins de santé primaires, les professionnels des soins de santé mentale, les usagers, les familles et les organismes de la communauté pour traiter les besoins de soins de santé mentale et primaires des personnes vivant dans les régions rurales et isolées du Canada. Parmi les faits saillants de cette trousse d'outils, mentionnons un guide servant à fournir des soins de santé mentale axés sur la collaboration efficaces dans les régions rurales et isolées, les sept principaux éléments à considérer, la description de six initiatives de pratiques positives de même que les outils et les ressources clés.

Définition d'une population

Il n'existe aucune définition normalisée pour les populations rurales et isolées. Les aspects touchant la qualité de vie des populations rurales et isolées sont rarement compris dans les définitions actuelles. Pour les besoins de cette trousse d'outils, nous recourons à la définition suivante : *les communautés rurales ainsi que les petites villes sont celles qui comptent 10 000 résidents ou moins et qui sont situées à l'extérieur des zones de transport des grandes régions métropolitaines et des villes. « Isolé » sous-entend avoir un accès routier limité ou inexistant ou aucun accès facile aux services spécialisés.*

Processus de consultation

Les membres du groupe d'experts ont été choisis en fonction de leur implication dans la prestation de soins de santé primaires et de soins de santé mentale dans des régions rurales et isolées partout au Canada. Parmi les stratégies utilisées lors de la conception de cette trousse d'outils, mentionnons entre autres un sondage (plus de 30 participants à partir d'une gamme de prestataires de soins) et la tenue de plusieurs groupes de discussion (ciblant les usagers, les familles, les aidants naturels, les prestataires de soins et les membres de différentes associations).

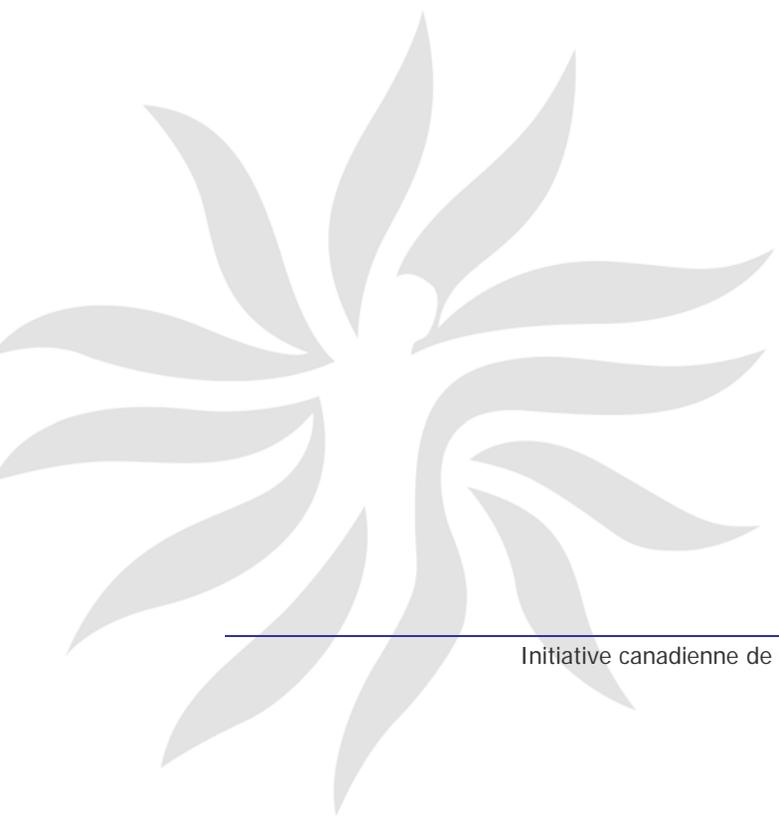
Messages clés

- **Bon nombre d'enjeux liés à l'accès existent**, y compris un nombre insuffisant de ressources et de professionnels de la santé, les obstacles liés au déplacement et les coûts engendrés par l'éloignement des professionnels de la santé dans les centres urbains. **Les stratégies pour améliorer l'accès comprennent** : l'utilisation de différents moyens de communication (comme la radio, la télévision, les journaux et Internet) pour disséminer de l'information sur les soins de santé; la création de sous-organismes de régie régionale de la santé ou d'autres organismes pour aider les groupes à risque élevé; la conception de guides d'auto-assistance pour les usagers afin d'encourager la promotion de la santé et la prévention; l'utilisation de la télémédecine pour pallier la distance et l'isolement des services; et la prestation de transport.
- **Le système centré sur l'utilisateur** peut impliquer la tenue de réunions entre les usagers et les prestataires de soins; l'aide d'agents de défense/des plaintes aux usagers/clients pour pourvoir à leurs besoins; le droit aux usagers de s'auto-orienter vers les soins de santé mentale; et la prestation de transport vers les services de santé mentale situés à l'extérieur des régions rurales.
- **Les enjeux liés à la politique et à la législation reflètent des contradictions** entre les compétences fédérales et provinciales, particulièrement pour les Autochtones, et limitent la prestation de services. Il est nécessaire de mandater les prestataires de soins de santé mentale dans des régions rurales et isolées de compétences fondamentales.
- **Les enjeux de financement sont critiques** : les ressources servant à fournir les soins de base sont inadéquates et des fonds supplémentaires doivent être injectés pour fournir des incitatifs financiers permettant d'attirer des professionnels de la santé. Un financement est aussi nécessaire pour allouer des ressources en fonction des usagers qui requièrent et utilisent de plus hauts niveaux de soins de santé mentale afin de prévenir l'utilisation de services plus onéreux.
- **La recherche fondée sur une base de données probantes est nécessaire** pour aider à mieux planifier et fournir des services aux populations rurales et isolées. De plus, la créativité est nécessaire pour planifier et soutenir ce genre de recherches. Les membres de la communauté doivent être impliqués afin que les besoins de la communauté soient assurés.
- **Démontrer la réussite en termes d'évaluation est nécessaire** pour faire place au changement. Des soins particuliers doivent être portés pour assurer que les outils d'évaluation sont adaptés aux populations rurales et isolées.
- Même s'il existe plusieurs approches qualifiées de « meilleures pratiques », le succès des initiatives axées sur la collaboration dans les régions rurales et isolées semble reposer sur **les adaptations souples et locales qui rendent chaque effort unique**,

comme deux cliniciens travaillant sur place, les visites par avion ou l'utilisation de la vidéoconférence. Ce sont tous des moyens pour combler les lacunes dans la prestation de services cliniques qui, autrement, ne seraient pas fournis.

- **Les approches axées sur la collaboration doivent tenir compte des aspects suivants :**
 - L'utilisation d'équipes multidisciplinaires formées de membres des comités consultatifs de la communauté et d'utilisateurs
 - L'accréditation d'intervenants clés comme les médecins de famille et d'autres prestataires de soins de santé mentale pour fournir des soins de santé mentale
 - La mise en oeuvre informelle de partenariats axés sur la collaboration et l'implication de non-cliniciens (par ex., le clergé, les enseignants et les prestataires de soins)
 - Fournir une formation fondamentale aux professionnels des soins de santé
 - La création d'un réseau d'appuis officiels et officieux pour soutenir les cliniciens fournissant des soins de santé mentale dans le contexte des soins de santé primaires

- **Les stratégies axées sur la collaboration pour améliorer l'efficacité comprennent :**
 - L'augmentation de la richesse de la collaboration pour améliorer la coordination globale des services par les prestataires de soins et diminuer le fardeau des soins reposant sur les médecins de famille et d'autres prestataires de soins de santé primaires
 - L'utilisation d'un modèle pyramidal pour la prestation de soins de santé afin de servir un plus grand nombre d'utilisateurs plus efficacement, c.-à-d. engager des surveillants et des superviseurs pour aider les travailleurs de la santé communautaires de façon à ce que les psychiatres ne soient pas le premier point de contact
 - Une souplesse dans la délégation des rôles « afin d'accomplir le travail »
 - La facilitation de l'accès à la supervision clinique ou à la supervision par les pairs pour obtenir un soutien, même si cela implique une relation à distance
 - La formation sur « les soins axés sur la collaboration » pour ceux qui travaillent dans la région



Introduction

- Les personnes vivant dans les régions rurales et isolées forment une population culturellement unique et diversifiée.
- Il existe de nombreuses disparités pour les gens vivant en régions rurales et isolées en ce qui concerne les taux de maladie, l'accès aux soins de santé et la perte de leurs modes de vie.
- Les Autochtones du Canada, qui constituent une importante proportion des personnes vivant dans les régions isolées, sont touchés dans certains cas par les plus hauts taux de maladie mentale, tout en ayant souvent le moins accès aux soins appropriés.

Les Canadiens résidant dans les régions rurales et isolées ne forment pas un groupe unique et homogène. La diversité culturelle, une caractéristique canadienne fondamentale, s'applique autant pour les communautés rurales que pour les communautés urbaines (Ryan-Nicholls, 2004). Même si plusieurs communautés rurales sont situées dans de grandes régions agricoles, d'autres sont situées près de grands centres urbains, forment des communautés côtières, tandis que d'autres sont situées dans les régions les plus éloignées du Nord canadien.

Contrairement à leur nature diversifiée, les communautés rurales et isolées font face à des problèmes communs en termes d'état de santé et d'accès aux soins de santé (Ryan-Nicholls, 2004). Les indicateurs de santé révèlent de constantes disparités significatives au niveau des résultats de santé « entre les gens qui vivent dans le Nord du Canada et ceux vivant au Sud, de même qu'entre les gens qui vivent dans les provinces de l'Atlantique versus dans le reste du pays » (Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002, p. 16). De nombreuses communautés canadiennes rurales et isolées font face à des défis démographiques, économiques, sociaux et écologiques énormes associés à l'isolement géographique, à la dépopulation et aux populations vieillissantes, à la détérioration environnementale et à l'épuisement des ressources naturelles.

La santé d'une communauté semble être inversement proportionnelle à son éloignement des centres urbains. La plupart des provinces et des territoires illustrent la tendance de la détérioration progressive de la santé à mesure qu'augmente la distance les séparant des zones urbaines. Les résidents des régions sanitaires rurales ont non seulement une espérance de vie inférieure à la moyenne nationale, mais ils éprouvent aussi des taux plus élevés d'invalidité, de violence, d'empoisonnement, de suicide et de décès accidentels que leurs contreparties urbaines (Statistique Canada, 2001).

Les résidents des régions rurales et isolées doivent affronter plus de problèmes de santé mentale et physique que les résidents de régions urbaines en bénéficiant toutefois de

moins de ressources pour les aider à traiter ces problèmes. Les personnes vivant en régions rurales et isolées sont moins instruites que celles des régions urbaines et possèdent une qualité de vie inférieure. L'accès aux initiatives et aux services de santé alliés, comme les services de nutrition, peut être irrégulier ou trop onéreux pour des résidents des régions rurales (Ogasawara, 2005). De plus, des communautés rurales et isolées sont fréquemment composées de populations vieillissantes et voient leur jeunesse émigrer vers des grands centres à la recherche d'un meilleur d'emploi.

Par conséquent, les populations rurales et isolées ont une incidence accrue d'incapacités à long terme, des niveaux de stress plus élevés et un risque accru de problèmes physiques et psychologiques. Ces facteurs résultent en une espérance de vie moins élevée et, généralement, en une moins bonne santé pour les personnes vivant en régions rurales et isolées en comparaison avec les résidents urbains. (McIlwraith et Dyck, 2002)

Au moment de considérer les populations rurales et isolées au Canada, il est important d'étudier les besoins des Autochtones. Ces derniers constituent l'un des plus grands segments des populations isolées et font face à des problèmes graves tout en essayant de se remettre de l'oppression culturelle et politique. Comparativement à la population générale du Canada, les Autochtones possèdent un taux de diabète trois fois plus élevé (Initiative autochtone sur le diabète, 2000) et un taux de mortalité par blessure trois à six fois plus élevé, y compris des taux élevés de violence et de suicide (Santé Canada, 2001). De plus, un pourcentage élevé d'Autochtones usagers de la santé mentale reçoivent initialement des services de counselling par l'entremise du système carcéral à l'adolescence en tant que jeunes délinquants ou en tant que contrevenants adultes relativement à des traumatismes déjà subis.

« Les pensionnats ont endommagé des générations d'enfants, aboutissant à la rupture des compétences parentales d'une génération à l'autre. »

Participant à la trousse d'outils

Cette série de trousse d'outils de l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM) comprend une trousse spécifique aux initiatives pour les populations autochtones. Cette trousse est disponible sur le site Web de l'ICCSM au www.iccsm.ca.

Définir la population

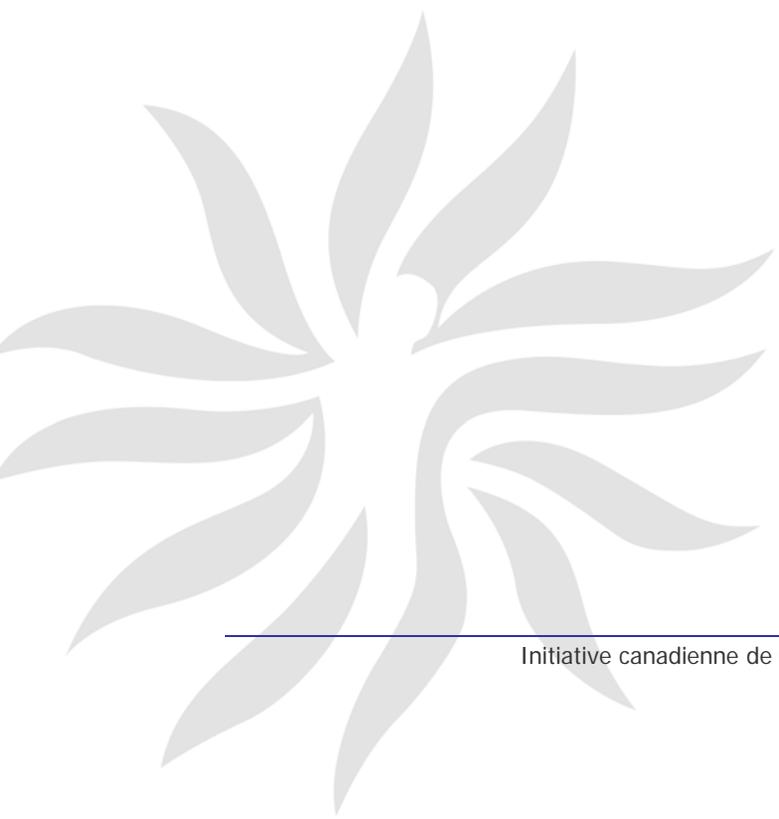
- Il n'existe aucune définition normalisée pour les populations rurales et isolées.
- Les définitions actuelles ne font pas état des aspects fondamentaux de la qualité de vie des populations rurales et isolées.
- Pour les besoins de cette trousse d'outils, une synthèse de plusieurs définitions de « rural et isolé » sera utilisée.

Au Canada, la tentative de définir le terme « rural » a provoqué un débat s'échelonnant sur plusieurs décennies (Agence de Santé Publique du Canada, 2002). Il n'existe pas de définition normalisée pour guider les initiatives de recherches, de politiques et/ou de planification. Les définitions traditionnelles de « rural » portent sur la population et la géographie. Par exemple, Statistique Canada (1991) a proposé la définition suivante de « rural » : les régions qui comptent moins de 1 000 habitants pour une densité de population de moins de 400 habitants par kilomètre carré. L'Organisation pour la Coopération et le Développement Économiques (1994) a décrit les régions principalement rurales comme celles ayant une densité de population inférieure à 150 personnes par kilomètre carré. Les définitions dans ce domaine portent sur le faible nombre d'habitants et négligent les importantes composantes « qualitatives » liées aux prestataires de soins de santé.

De plus en plus, on reconnaît qu'aucune définition ne peut rendre le sens unique de « rural » en raison de la riche diversité du Canada. Par ailleurs, un élargissement du concept de « ruralité » doit non seulement tenir compte de la densité de la population, mais aussi d'autres éléments tels que la distance, l'accès aux services et l'autoperception (Dukeshire, 2002).

Un résumé des différentes perspectives est proposé et la définition suivante est offerte dans le cadre de cette trousse d'outils : **« les communautés rurales ainsi que les petites villes sont celles qui comptent 10 000 résidents ou moins et qui sont situées à l'extérieure des zones de transport des grandes régions métropolitaines et des villes » (Bollman, 1998). « Isolé » sous-entend avoir un accès routier limité ou inexistant ou aucun accès facile aux services spécialisés.**

Ce qui ressort de ces définitions est l'autoperception des résidents de ces régions, c'est-à-dire autant leurs valeurs personnelles, leurs croyances et leurs modes de vie que la densité de la population et la géographie.



Leçons tirées de la documentation

- La documentation traitant des initiatives axées sur la collaboration en régions rurales et isolées est rare.
- Davantage de renseignements sont fournis dans les déclarations gouvernementales que dans les rapports de recherches.
- La base de connaissances est en cours d'élaboration. Nous attendons les rétroactions des lecteurs et des réviseurs.
- Les articles conceptuels sont plus nombreux que les études de fond.
- Les services « ruraux et isolés » varient « d'épars à inexistantes »

Le groupe d'experts a cherché une variété de sources à partir de l'importante documentation portant sur les soins de santé. Cette revue révèle que la documentation est encore éparsée et pointe le manque d'essais cliniques comparatifs portant sur les modèles de soins les plus appropriés. Plusieurs articles sont orientés vers les programmes, se fondent sur le gouvernement ou présentent des exposés de principes de la part d'organismes professionnels. Nous avons tenté de dresser la liste des rapports les plus pertinents que le groupe d'experts juge utiles dans des secteurs clés comme les politiques, l'évaluation des besoins et les soins cliniques, ou les rapports liés à une discipline précise (la médecine, la psychologie, etc.) Veuillez vous reporter à l'Annexe C.

Pour de plus amples renseignements sur les leçons tirées de la documentation, veuillez consulter les deux rapports de l'ICCSM disponibles au www.iccsm.ca :

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

Modèles et initiatives axés sur la collaboration

- Aussi peu que deux partenaires fournissent souvent des soins de santé mentale dans les régions rurales et isolées.
- Les catégories de modèles souples, fondés sur des caractéristiques uniques, semblent être les plus appropriées, c.-à-d. l'usage de la technologie, les disciplines de la santé impliquées ou l'emplacement pour la prestation des soins.
- Plusieurs modèles existent, et nous vous invitons tous à faire connaître vos recherches.

Dans la plupart des régions rurales et isolées du Canada, les services de santé mentale ont souvent vu le jour à partir du soutien basé dans les hôpitaux ou parrainé par le gouvernement, provenant de centres d'études éloignés.

Plusieurs approches peuvent être considérées comme étant les « meilleures pratiques », le succès des initiatives axées sur la collaboration dans les régions rurales et isolées semblant reposer sur les adaptations souples et locales qui rendent chaque effort unique, que ce soit au moyen de deux cliniciens travaillant sur place, de visites par avion ou par l'utilisation de la vidéoconférence. Ce sont tous des moyens pour combler les lacunes dans la prestation de services cliniques qui, autrement, ne seraient pas fournis. Ils ne devraient pas tous être « basés sur le traitement » mais, comme le croient McIlwraith et Dyck (2002, p. 5), « la conception et la mise en oeuvre de programmes empiriques de changement de comportement visant l'amélioration des pratiques de soins de santé personnelle (c.-à-d. les programmes de gestion du stress, de cessation du tabagisme, de réduction de poids) » sont essentiels pour satisfaire les besoins spéciaux des communautés rurales et isolées.

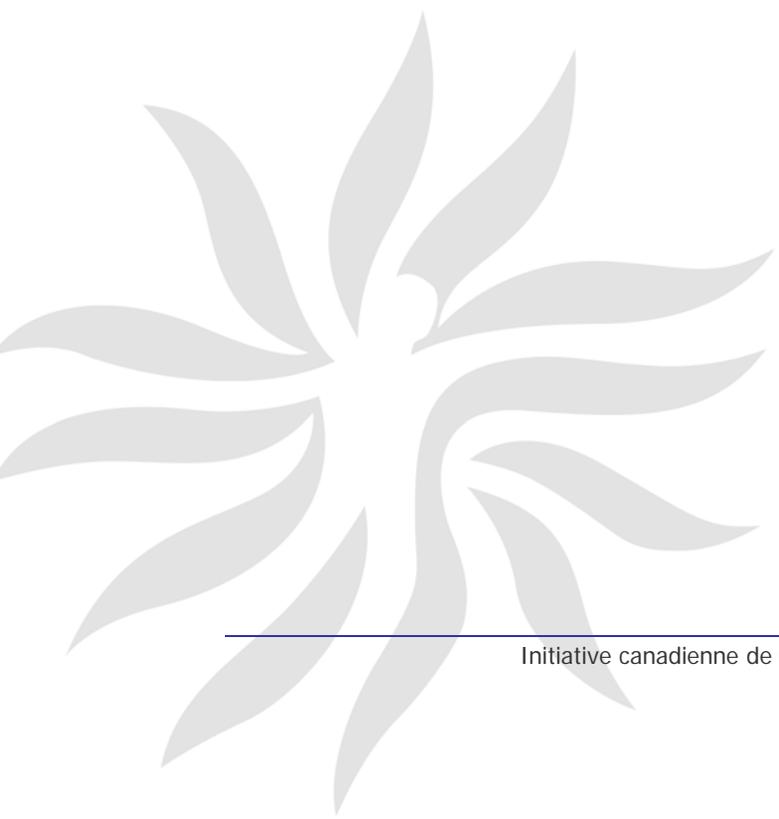
D'autres approches qui ont joué un rôle important dans le parrainage d'initiatives axées sur la collaboration dans des régions rurales et isolées comprennent les associations et les groupes d'entraide qui fournissent aux usagers atteints de maladie mentale chronique des occasions sociales et éducatives ainsi que la promotion de la santé. Parmi ces associations, mentionnons le projet jeunesse *Wrap Around* de Sooke, en Colombie-Britannique, pour les jeunes à risque élevé et le programme *Bridges* de Gibsons, en Colombie-Britannique. *Bridges* est un cours de 14 séances qui fournit aux usagers des renseignements sur les médicaments et leurs effets secondaires, des conseils pour la vie quotidienne (y compris la gestion de l'argent et les achats pour leurs besoins quotidiens et l'épicerie), l'autogestion et

Pour de plus amples renseignements sur les initiatives de pratiques positives au Canada, veuillez consulter le document suivant au www.iccsm.ca :

- *Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires. Un examen des initiatives canadiennes : Volumes I et II*

la sensibilité accrue aux signes de rechute. *Bridges* est dispensé par des professeurs formés pour aider les usagers.

D'autres « meilleures pratiques » qui ont été recommandées par des professionnels de soins de santé dans les régions rurales et isolées sont présentées à l'Annexe B.



Éléments clés et principes fondamentaux des soins de santé mentale axés sur la collaboration

Accessibilité

- Il y a un nombre insuffisant de professionnels et de ressources de soins de santé.
- Les obstacles et les frais liés au transport sont créés par la distance séparant la population des centres urbains où oeuvrent les professionnels de soins de santé.
- Certains programmes, comme les services de nutrition, peuvent avoir une disponibilité limitée ou être trop onéreux.
- Les prestataires de soins doivent utiliser une diversité de moyens de communication comme la radio, la télévision, les journaux et Internet pour disséminer de l'information sur les soins de santé.
- Créer des sous-organismes de régie régionale de la santé ou d'autres organismes pour aider les groupes vulnérables et à risque élevé comme les enfants, les personnes âgées et les grands usagers de services de santé mentale est essentiel.
- Élaborer des manuels d'entraide conçus pour les usagers afin de créer un esprit de promotion de la santé et de prévention.
- Recourir à la télémédecine pour pallier la distance et l'isolement des prestataires de soins.
- Offrir des services de santé mentale à l'extérieur des régions rurales et le transport vers ces services pour aider à aborder les problèmes d'accès.

Les personnes qui vivent dans des régions rurales et isolées font face à de graves problèmes d'accès qui les empêchent de recevoir des soins de santé adéquats. Un des principaux problèmes est la pénurie de ressources et de professionnels de soins de santé. Un rapport de la Société Canadienne de psychologie intitulé *Strengthening Rural Health* (Renforcer la santé dans les régions rurales) a permis de constater qu'« entre 1991 et 1996, la proportion de médecins travaillant dans les régions rurales du Canada a diminué, tandis que la population a

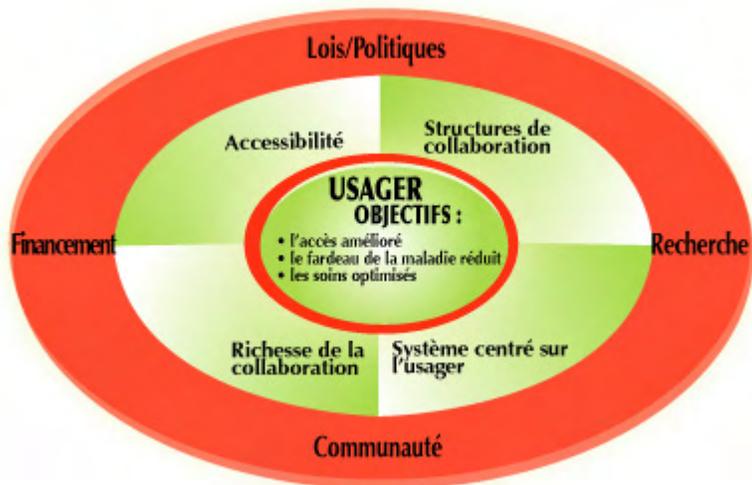


Figure 1 Cadre de travail en soins de santé mentale axés sur la collaboration

entre 1991 et 1996, la proportion de médecins travaillant dans les régions rurales du Canada a diminué, tandis que la population a

augmenté. Les soins de santé mentale sont donc moins disponibles dans les régions rurales que dans les régions urbaines » (McIlwraith et Dyck, 2002, p. 3). Cette pénurie de médecins s'est aggravée par le fait que les résidents des régions rurales ont relativement moins accès à la promotion de la santé, à la formation sur la santé et aux services de prévention des maladies disponibles (Jennissen, 1992).

Les Canadiens vivant dans des communautés rurales et isolées font aussi face à plusieurs défis pour recevoir des soins de santé mentale appropriés. Les défis comprennent la difficulté d'accès aux soins de santé mentale primaires, aux services de diagnostics et aux traitements spécialisés, en plus de la difficulté à retenir les services de prestataires de soins de santé mentale. Par surcroît, il y a un nombre limité d'installations de soins de santé mentale et plusieurs de ces installations ont un urgent besoin de modernisation. Ainsi, l'accès aux autres professionnels de soins de santé pouvant participer au traitement de santé mentale d'un individu (c.-à-d., ergothérapeutes, diététistes) devient de plus en plus rare.

En plus de ces sérieux problèmes, les résidents ruraux font face à un obstacle supplémentaire : les coûts élevés associés au transport pour obtenir les soins de santé mentale requis. Pour la majorité d'entre eux, ces déplacements les éloignent pendant des jours ou des semaines de leur famille et soutiens sociaux, sans oublier les dépenses engagées pour la nourriture et l'hébergement.

Même si le manque d'accès aux services de soins de santé mentale représente un dilemme majeur, la résolution du problème pourrait ne pas être suffisante pour améliorer significativement l'état de santé mentale des résidents ruraux, à moins que des stratégies nouvelles et innovatrices ne soient créées et mises en oeuvre. Certaines suggestions comprennent l'augmentation de la promotion de la santé mentale et de l'éducation sur celle-ci pour impliquer une plus grande proportion de la communauté de même que la mise en oeuvre de politiques, de lois et de règles de financement congruentes.

L'augmentation de la promotion de la santé mentale et de l'éducation sur la santé mentale pour impliquer une plus grande proportion de la communauté pourrait comprendre l'implication de groupes d'entraide et du clergé lors de la préparation d'une stratégie de promotion de la santé mentale et de l'animation de séances psychoéducatives sur des sujets d'intérêt (au Manitoba : ASIST (Applied Suicide Intervention Skills Training) [Formation appliquée sur les compétences d'intervention en cas de suicide], la sensibilisation à l'image corporelle; à Terre-Neuve : présentation sur la gestion de l'anxiété pour les étudiants de 12^e année). Cultiver la confiance chez les prestataires de soins de la communauté contribue à un environnement propice au ralliement. Un tel modèle devrait idéalement permettre aux usagers de décider par eux-mêmes de rencontrer des prestataires de soins de santé comme un infirmier praticien, un physiothérapeute, un pharmacien ou un diététiste, réduisant ainsi le besoin pour une

orientation par le médecin. Puisque les soins de santé mentale axés sur la collaboration ont de multiples points d'accès, cette méthode peut aider un plus grand nombre d'utilisateurs plus efficacement.

La pénurie de professionnels de soins de santé a aussi mené à une « utilisation inappropriée des médecins pour le traitement de problèmes psychologiques... dans des régions rurales où ceux-ci sont déjà en nombre limité et, souvent, surmenés. Considérées ensemble, ces circonstances créent un environnement où le dépistage précoce et le traitement sont improbables et où les interventions pharmacologiques sont les principaux moyens de traiter les problèmes de santé mentale, les problèmes familiaux et les problèmes causés par le stress » (McIlwraith et Dyck, 2002, p. 4).

Les mesures pouvant être prises pour traiter les problèmes liés à l'accès aux soins des populations rurales et isolées comprennent l'utilisation de la télémédecine pour pallier la pénurie de professionnels de soins de santé et réduire les problèmes causés par la distance par rapport aux centres de soins de santé. La prestation de transport et le remboursement des frais de transport pour ceux qui cherchent à obtenir des soins de santé mentale à l'extérieur des régions rurales amélioreront aussi la disponibilité des soins de santé.

La création de sous-organismes de régie régionale de la santé ou d'autres organismes pour aider les groupes vulnérables et à risque élevé comme les enfants, les personnes âgées et les grands usagers de services de santé mentale aidera à assurer que tous les membres des régions rurales et isolées reçoivent les soins qu'ils requièrent. De plus, les services de santé mentale devraient être prodigués dans le même emplacement que les soins de santé primaires de façon à accroître la confidentialité et à diminuer le stigmate lié au fait de recevoir des soins de santé mentale. Finalement, l'accès aux outils de promotion, d'éducation et de prévention en matière de santé pourrait être facilité en recourant à divers moyens de communication comme la radio, la télévision, la vidéo, le DVD, les journaux et Internet, grâce auxquels on pourrait disséminer de l'information sur les soins de santé. Un tel accès serait aussi facilité par la création de manuels d'entraide destinés aux usagers.

Structures de collaboration

- Les équipes multidisciplinaires axées sur la collaboration devraient penser à intégrer les membres de comités consultatifs et les usagers de la communauté.
- Les intervenants clés comme les médecins et les autres prestataires de soins de santé mentale devraient recevoir une accréditation pour la prestation de soins de santé mentale.
- Les partenariats axés sur la collaboration dans les régions rurales et isolées se nouent souvent officieusement et impliquent des non-cliniciens (c.-à-d., des membres du clergé, des enseignants et des prestataires de soins).
- La formation fondamentale des professionnels de soins de santé est requise pour pallier le déclin de la normalisation de l'éducation.
- La création d'un réseau de soutiens officiels et officieux est essentiel afin d'aider les cliniciens à fournir des soins de santé mentale primaires.

Lorsqu'on évalue les déterminants de la santé, on constate que les services de santé ont une influence limitée sur la capacité d'une personne à atteindre la santé (Alberta Association of Registered Nurses, 2003). Toutefois, on se concentre trop souvent sur le traitement lorsqu'une personne se présente pour obtenir des soins. Pour augmenter la capacité des résidents ruraux à atteindre une santé mentale optimale, des pratiques de promotion de la santé mentale doivent être adoptées et mises en œuvre. Plus encore, les intervenants clés en place comme les médecins de famille et les autres professionnels de soins de santé devraient être accrédités pour fournir des soins de santé mentale. De surcroît, pour pallier le déclin de la normalisation de l'éducation sur la promotion de la santé mentale, les professionnels des soins de santé doivent suivre une formation fondamentale et recevoir une éducation sur la santé mentale.

Au sein du modèle de soins de santé mentale axés sur la collaboration, on anticipe que l'établissement de partenariats officiels et officieux entre les agences et les ressources de la communauté soutiendra l'intégration des services dans tous les secteurs qui influent sur la santé mentale des résidents ruraux. La prestation de soins appropriés et opportuns pour les usagers ruraux de la santé mentale exige non seulement la collaboration avec d'autres secteurs comme la justice, le travail, les services sociaux, la santé mentale, l'hébergement et l'éducation, mais aussi avec des équipes multidisciplinaires d'évaluation des besoins formées de professionnels de la santé, de membres du comité consultatif et d'usagers de la communauté alliés. Le travail d'équipe requiert un usage efficace du temps consacré par les membres et doit assurer que des objectifs pratiques et mesurables sont établis. Il faut établir des mécanismes d'orientation efficaces auprès des professionnels et des agences, car cela peut avoir un impact précieux sur la santé mentale des résidents ruraux et de leurs familles.

Richesse de la collaboration

- Améliorer la coordination des services avec d'autres prestataires de soins diminuera le fardeau reposant sur les médecins de famille et les autres prestataires de soins primaires.
- Recourir à un modèle pyramidal pour la prestation de soins de santé aidera plus d'usagers plus efficacement (c.-à-d., engager des surveillants et des superviseurs pour les travailleurs de la santé communautaires de façon à ce que les psychiatres ne soient pas le premier point de contact).
- La souplesse dans la délégation des rôles est souvent requise « afin d'accomplir le travail ».
- L'accès à la supervision clinique ou à la supervision par les pairs comme filet de secours est essentiel, même si cela implique d'aller à l'extérieur de la région géographique.
- La formation sur les soins axés sur la collaboration pour les personnes travaillant dans la région est une approche efficace.

« À Twillingate, une équipe naturelle s'est formée au sein de l'unité de soins de longue durée. »

Participant à la trousse d'outils

« La collaboration naît d'un besoin ou d'un problème commun. »

Participant à la trousse d'outils

La coopération entre les prestataires de soins de santé pose un défi jusqu'à maintenant et cela n'est pas différent pour ceux qui travaillent dans les régions rurales et isolées. Ce qui est unique à cette population, toutefois, c'est la façon de procéder souvent selon « ce qui fonctionne » afin de travailler de façon créative vers l'amélioration des services. Malgré cela, des problèmes persistent, y compris le système actuel de soins de santé rural et éloigné qui se fonde trop sur un nombre décroissant de médecins de famille. La collaboration interprofessionnelle encouragerait un maximum de coordination entre les prestataires de soins de santé primaires en place pour assurer un accès accru aux capacités et aux compétences qu'une gamme de professionnels des soins de santé ont à offrir. De surcroît, une telle coordination assurerait que tous les prestataires de soins fonctionnent à plein régime dans leur spécialité. La collaboration interprofessionnelle fonctionnera mieux si la participation est volontaire et s'il existe une cible et des objectifs communs bien définis.

De nouvelles stratégies permettent d'augmenter la collaboration, y compris le rehaussement du moral grâce au versement d'une compensation adéquate en échange d'une augmentation des déplacements, la prestation de services transférables et la prestation de services d'extension là où les soins de santé mentale ne sont pas disponibles. Améliorer la communication en plus d'éviter les évaluations répétées ainsi que l'utilisation inefficace de l'expertise dispendieuse en demandant au personnel de soins primaires d'effectuer le plus d'évaluations initiales possible sont également des mesures essentielles dans tout contexte clinique.

Système centré sur l'utilisateur

- Tenir des réunions entre usagers et prestataires de soins.
- Fournir des agents de défense/des plaintes pour les usagers pour traiter les besoins des usagers.
- Les usagers devraient pouvoir s'auto-orienter vers les services de santé mentale.
- Les services de santé mentale situés à l'extérieur des zones rurales et le transport vers ces services devraient être fournis aux usagers.

*« Même si les clients dans les régions rurales et isolées peuvent être plus susceptibles de consulter des prestataires de soins qui ne sont pas dans leur communauté (c.-à-d., en raison de la vie privée, de la confidentialité ou de problèmes de relations duelles), ces prestataires de soins doivent **absolument** être prêts à prendre le temps de tisser des liens axés sur la collaboration au fil du temps (et d'entretenir ces rapports), sinon les prestataires de services locaux seront peut-être hésitants à travailler avec les prestataires de services de l'extérieur. »*

Participant à la trousse d'outils

Dans une région rurale et isolée, une approche centrée sur l'utilisateur permet aux usagers de la santé mentale et à leur famille de prendre la parole, augmentant ainsi leur participation dans les processus de prises de décisions sur la prestation des soins de santé mentale. L'augmentation de la disponibilité ou de l'accès aux services de santé mentale perdra de son efficacité si les usagers de la santé mentale ne se sentent pas assez à l'aise pour participer pleinement et efficacement aux activités de promotion de la santé mentale. La recherche d'aide et la collaboration sont entravées par le fait que l'anonymat est impossible puisque « tout le monde connaît tout le monde. » Les prestataires de soins de

santé primaires doivent travailler pour gagner la confiance d'une communauté afin de surmonter ce genre de situation.

Les prestataires de soins de santé primaires doivent aussi surmonter le dilemme suivant :

« ... le recrutement de prestataires de soins de santé mentale augmente l'accès pour les clients. Cependant, la proximité entraîne un manque de vie privée qui empêche la création de limites et d'une alliance thérapeutique, surtout lorsque le prestataire de soins est un membre actif de la communauté; les professionnels ont besoin d'un soutien spécial dans ce genre de situation. »

Participant à la trousse d'outils

L'anonymat et la confidentialité peuvent être protégés grâce à la présence d'une clinique de soins de santé primaires en colocation permettant d'accroître le sentiment de vie privée (c.-à-d., une visite ne sera pas nécessairement associée à un problème de maladie mentale).

Un niveau de confort plus élevé peut aussi être atteint si le stigmate entourant la maladie mentale est réduit. Des stratégies favorisant cette réduction comprennent la prestation d'information sur les symptômes communs et leur normalisation ainsi que sur les problèmes ressentis par les usagers lors des contacts initiaux avec les médecins de famille (où la plupart des besoins de santé mentale sont abordés); des séances de psychoéducation brèves de cinq minutes pour permettre aux usagers d'être plus impliqués dans leur santé; et des consultations de suivi par téléphone avec les usagers (pour réduire le besoin de transport). Des réunions de groupe entre les usagers de la santé mentale, les familles et les professionnels de soins de santé peuvent faciliter l'atteinte des buts centrés sur l'utilisateur. Un agent de défense/des plaintes peut être nommé pour traiter les besoins/les inquiétudes des usagers et de leur famille qui peuvent entrer en conflit avec ceux des prestataires de soins de santé.

Cohérence des politiques, de la législation et des structures de financement

- Les obstacles politiques et juridiques ainsi que les mandats de programmes restrictifs (comme le manque de normes éducatives pour les équipes de soins de santé ou l'insuffisance du soutien pour l'enseignement aux étudiants des régions rurales) nuisent aux initiatives axées sur la collaboration.
- L'absence de financement de projets pilotes à court terme empêche la création de relations axées sur la collaboration entre les membres des équipes de soins.
- La limite d'âge pour l'implication du ministère de la Santé (c.-à-d., 16 ans et plus) restreint l'accès des enfants aux soins de santé mentale.
- La compétence fédérale en matière de services aux autochtones entraîne des processus complexes de prestation de services, de l'incertitude concernant les personnes qui seront traitées dans le cadre de compétence provinciale ainsi que des obstacles pour les autochtones qui vivent à l'extérieur des réserves (c.-à-d., le transport).
- Les mandats provinciaux pour la formation sur les compétences fondamentales ont été perdus.
- Il n'existe aucun programme mandaté pour la promotion de la santé en général et de la santé mentale afin de réduire les coûts à long terme.
- Les plans stratégiques pour les services de santé primaires existent dans quelques provinces.
- On a tenté de traiter les besoins insatisfaits par l'entremise d'initiatives de soins de santé primaires en fonction des besoins locaux; certaines évaluations des besoins ont été effectuées **avant** la mise en oeuvre des services.
- Les prestataires de soins ont besoin de la liberté de travailler et de collaborer de façon unique.
- Il est nécessaire de développer les capacités des prestataires de services sur place pour fournir des services souples et d'avoir une formation plus vaste.

« Mon rêve le plus fou serait que les gens éliminent les problèmes de secteurs de compétence. Essentiellement, la province, les autorités sanitaires, le fédéral et les bandes doivent se réunir, cesser de travailler chacun pour soi et travailler ensemble pour aider cette population [les Autochtones] à améliorer sa santé mentale... »

Participant à la trousse d'outils

La création d'initiatives axées sur la collaboration dans les régions rurales et isolées est entravée par les différentes interprétations des politiques, des restrictions de compétence ainsi que par des mandats de programmes restrictifs, y compris l'absence de normes d'éducation pour les équipes de soins et un soutien institutionnel insuffisant pour l'enseignement aux étudiants en régions rurales. Ces initiatives sont également gênées par le fait qu'il n'existe aucun programme mandaté pour la promotion de la santé en général et de la santé mentale afin de réduire les coûts à long terme. Il n'existe également aucun financement de projets pilotes à court terme permettant de créer des relations axées sur la collaboration entre les membres des équipes de soins de santé.

Selon des répondants sondés dans le cadre du processus de consultation pour l'élaboration de cette trousse d'outils (voir Annexe A), on compte parmi certains des obstacles à la promotion de la santé mentale le manque de temps de supervision *accordé* aux praticiens en formation (en ce qui concerne la formation et la préparation à grande échelle), l'absence d'installations de formation satellites et l'absence de soutien pour les étudiants de 3^e cycle. Les participants sondés ont aussi répondu que les incitatifs financiers pour attirer et retenir les prestataires de soins de santé dans les régions plus isolées sont insuffisants, tout particulièrement (comme on le note dans le programme de résidence pour la formation en psychologie rurale de l'Université du Manitoba) au début du processus de formation.

Certains répondants ont également recommandé que les politiques provinciales mandatent les prestataires de soins de santé mentale dans les régions rurales et isolées de compétences fondamentales. Un professionnel des soins de santé du Manitoba décrit les dangers de l'absence de formation normalisée :

« La régionalisation du Manitoba a annihilé l'éducation des prestataires des soins de santé mentale. Quand j'ai visité [...] il y a huit ans... je devais réussir les modules fondamentaux qui traitaient de tout, allant de la pharmacologie aux programmes de développement de la communauté... Cependant, avec la division de Santé Manitoba en régions, cette norme éducative particulière n'existe plus. Il ne reste donc plus qu'à espérer que la personne qui sera engagée possédera les qualifications et qu'elle pourra exercer les fonctions requises dans le cadre des postes en santé de la communauté. »

Participant à la trousse d'outils

L'élaboration d'initiatives axées sur la collaboration pour desservir les Autochtones est particulièrement exigeante puisque ces derniers sont sous compétence fédérale. Le gouvernement fédéral a mis en place des processus complexes et alambiqués que les usagers doivent parcourir pour obtenir des services. La situation est davantage complexifiée par la confusion qui règne à savoir qui du fédéral ou du provincial est mandaté pour répondre aux besoins de soins de santé des Autochtones qui vivent à l'extérieur des réserves.

Malgré ces obstacles, il arrive que les politiques, la législation et les structures de financements favorisent les initiatives de soins de santé mentale axés sur la collaboration, y compris l'existence de plans stratégiques pour les services de soins de santé primaires dans certaines provinces. On tente également de répondre aux besoins insatisfaits à l'aide d'initiatives de soins de santé primaires fondées sur les besoins locaux, certaines d'entre elles ayant effectué des évaluations des besoins avant la mise en œuvre des services. Veuillez vous reporter à l'Annexe B pour une description des initiatives de pratiques positives.

Une certaine considération doit être accordée à la création de politiques et de lois appropriées dans les régions rurales et isolées pour donner aux professionnels des soins de santé la liberté de travailler et de collaborer de façon unique. Les répondants au sondage effectué dans le cadre du processus de consultation pour cette trousse d'outils (voir Annexe A) ont déclaré que plusieurs prestataires de services offrent des services souples et détiennent une vaste formation, ce qui s'avère utile dans le cadre de la mise sur pied d'initiatives axées sur la collaboration.

Malgré la compréhension accrue du fait que les problèmes de santé rurale ne seront probablement pas abordés adéquatement par les seuls programmes traditionnels (Humphreys et al., 2002), plusieurs planificateurs, prestataires et administrateurs de soins de santé continuent de se fier uniquement à l'utilisation d'approches urbaines plutôt que de concevoir des modèles permettant de s'adapter aux circonstances uniques des communautés rurales. Si on continue de se fier aux modèles urbains, cela créera des obstacles pour les communautés rurales et éloignées dans leurs efforts pour atteindre un statut égal à celui de leurs contreparties urbaines.

Fonds suffisants

- L'octroi d'incitatifs financiers est nécessaire pour attirer et retenir les professionnels de soins de santé.
- Le financement pour la santé mentale devrait être séparé du financement pour la santé physique et de celui destiné aux hôpitaux.
- Des initiatives mandatées permanentes axées sur la collaboration et le partage financier devraient être instaurés.
- Des ressources financières devraient être allouées pour la prestation de services aux usagers ayant des besoins plus importants afin de prévenir l'utilisation de services plus dispendieux.
- Un soutien financier permanent pour financer l'emploi et les divertissements est nécessaire.
- Le financement de services pour les jeunes est essentiel.
- Le financement d'activités de promotion de la santé mentale et des employés chargés de ces activités devrait être octroyé.

« Le nombre extrêmement limité de psychologues financés par les fonds publics et l'exclusion des services psychologiques du financement par le régime d'assurance-maladie gênent encore plus l'accès dans les régions rurales. Malgré cela, il y a plus de services de soins psychologiques que de services de soins psychiatriques au Canada rural. » (McIlwraith et Dyck, 2002, p. 3)

Le financement pour soutenir les initiatives de soins de santé mentale axés sur la collaboration dans les régions rurales et isolées doit prendre en considération autant les structures de financement que les ressources. En termes de structures de financement, l'argent réservé aux services de santé mentale doit être protégé en le séparant des autres types de financement, notamment des budgets octroyés aux hôpitaux ou à la santé physique. Autrement, les soins de santé mentale continueront d'être constamment sous-financés.

« Les centres de santé primaire grands et dispendieux finissent par être subventionnés par les interventions de type « meilleures pratiques », moins importunes, plus près du domicile, ce qui finit par épuiser les fonds alloués à la santé mentale. Si la santé mentale continue d'être financée à même la source qui finance les soins de santé primaires et les hôpitaux, elle continuera d'être sous-financée puisque ces derniers continueront à créer des déficits. Le financement servira alors à éponger les déficits de ceux qui parlent le plus fort. Au passé comme au présent, la santé mentale est reconnue comme étant marginale et elle est souvent oubliée. »

Participant à la trousse d'outils

Il est aussi nécessaire d'augmenter substantiellement le financement accordé aux soins de santé mentale, y compris les initiatives mandatées permanentes de soins primaires axés sur la collaboration et le partage financier. De surcroît, le financement devrait être utilisé pour fournir des services aux usagers ayant des besoins plus importants afin de prévenir l'utilisation de services plus dispendieux. Cela comprendrait le financement des services pour les enfants, les personnes âgées, les usagers ayant des problèmes de santé mentale chroniques ainsi que pour les couples et les familles. Un soutien financier permanent pour les programmes d'emploi et récréatifs de même que la souplesse du financement pour rémunérer les soins indirects seraient également bénéfiques aux populations rurales et isolées.

Répondre aux besoins des populations rurales et isolées dépend aussi de l'attrait et du maintien de professionnels de soins de santé. Ainsi, il est important d'instaurer des incitatifs financiers pour attirer des médecins de famille et des professionnels de la santé alliés, ainsi que d'encourager les étudiants à compléter leur formation au sein de communautés rurales et isolées.

D'autres priorités de financement ont été suggérées par les répondants sondés, y compris :

- L'embauche d'employés dans des postes de prévention et de promotion de la santé mentale
- Des incitatifs financiers pour les spécialistes urbains pour soutenir les programmes ruraux/isolés

Recherche basée sur des données probantes

- S'attaquer aux questions méthodologiques, c.-à-d. établir une définition de « rural » et aborder les défis posés par les méthodes de recherches appropriées.
- Les problèmes épidémiologiques comprennent le besoin d'études de prévalence.
- Davantage d'évaluations des besoins locaux et régionaux sont requises.
- Les croyances socioculturelles sur les maladies mentales sont liées aux disparités dans l'utilisation des services.
- Il faut clarifier les raisons justifiant les obstacles à l'accès, c.-à-d. les raisons des différences entre le milieu rural et urbain.
- Il faut chercher à déterminer pourquoi le taux de suicide est plus élevé dans les régions rurales et isolées que dans les régions urbaines.

« NAPHWI - Northern and Aboriginal Population Health and Wellness Institute – se spécialise dans trois domaines : le diabète, le suicide chez les jeunes ainsi que la médecine traditionnelle et spirituelle. Il cherche vraiment à travailler avec ces quatre communautés pour les aider à dresser leurs propres plans et à comprendre comment elles peuvent prévenir le suicide chez les jeunes. »

Participant à la trousse d'outils

Bien que les défis associés à la santé des régions rurales et isolées sont largement reconnus par les communautés rurales depuis quelque temps, ce n'est que récemment que des efforts concertés ont commencé à être mis en oeuvre pour traiter ces problèmes (Ryan-Nicholls, 2004). Toutefois, malgré ces efforts, les stratégies, les programmes et les politiques visant à améliorer l'état de santé des résidents ruraux et le maintien des soins de santé dans les communautés rurales n'ont pas été fondés sur des preuves ou des recherches concluantes. Auparavant, la recherche canadienne sur les problèmes de santé dans les régions rurales était de nature fragmentaire et limitée à des projets à petite échelle (Commission sur l'avenir des soins de santé du Canada, 2002). Pour envenimer la situation, malgré la quantité de données liées à la santé dont disposent les paliers fédéral, provinciaux et territoriaux, la plupart des données recueillies ou diffusées ne sont pas présentées de façon à soutenir les recherches et les analyses probantes sur la santé rurale. (Pitblado et al., 1999). De surcroît, comme c'est le cas pour la santé en général, peu de liens sont tissés entre les décideurs et les chercheurs. Par conséquent, les stratégies rurales, les programmes, les politiques et les pratiques en matière de santé n'ont pas été aussi efficaces qu'ils auraient pu l'être.

Le fait qu'il n'y ait aucune définition unique faisant consensus de « Canada rural » et qu'aucune définition ne sera adoptée dans un proche avenir vient compliquer cette situation. Toutefois, même sans définition convenue, il est important pour les chercheurs de comprendre que leur choix de définition devrait être déterminé par le type de données disponibles et, dans le cas de données déjà existantes, ils doivent tenir compte de la façon dont elles ont été recueillies et saisies dans les bases de données. Même si les résultats des recherches peuvent être statistiquement robustes selon les différentes définitions de « rural », le résultat des recherches variera bien souvent en fonction de la définition qui avait fait l'objet d'un consensus au départ. Ultiment, il est impératif que les chercheurs reconnaissent que la définition de « rural » et la méthode servant à la déterminer devraient être « adaptées à la tâche à accomplir ». (Halfacree, 1993)

La documentation portant sur l'accessibilité, la disponibilité et la justesse de la prestation de services de santé mentale dans les régions rurales est rare. La documentation disponible suggère qu'il y a moins de chances que ces milieux ruraux possèdent ces services et, s'ils en disposent, la gamme de ces services se révèle très limitée. (Shelton et Frank, 1995). Un obstacle significatif à l'établissement de services dans plusieurs régions rurales et isolées se pose, soit l'isolement géographique des centres où les services de soins de santé mentale sont prodigués (Ryan-Nicholls et al., 2003).

La recherche est évidemment un sujet prioritaire pour beaucoup de répondants. Les suggestions fournies dans ce document sont sélectives et visent à aider dans la planification et à influencer les secteurs cliniques clés pendant que d'autres services sont mis sur pied.

Besoins communautaires

- Des kiosques d'information, des services de santé et des séances de dépistage (pour la dépression, l'anxiété et d'autres problèmes) devraient être présents dans les centres commerciaux, les écoles et d'autres emplacements de la communauté.
- Des services de santé mentale sans rendez-vous devraient être mis sur pied.
- L'orientation des patients par des personnes n'exerçant pas la médecine vers des services de santé mentale peut diminuer les délais d'attente pour l'obtention de services.
- Les usagers bénéficieraient de pouvoir s'auto-orienter vers des services de santé mentale.
- Des logements coopératifs, des emplois ainsi qu'une aide temporaire pour les personnes prodiguant des soins font défaut.
- Plus de groupes d'entraide et de développement de la communauté pour les enfants et les personnes âgées sont nécessaires, comme les programmes de cuisines communautaires.
- La publicité sur les services locaux et l'information sur Internet, à la radio et à la télévision locale portant sur la façon de gérer des problèmes de santé mentale communs et faisant la promotion de la vie quotidienne en santé devraient être privilégiées.
- La participation de membres clés de la communauté à des comités consultatifs pour les initiatives de soins de santé primaires et autres soins de santé mentale est importante.

« En tant que membre d'une famille, je connais la valeur des soins de relève. Ces services doivent être à la portée de tous les aidants naturels. Les membres d'une famille qui soignent des parents souffrant de problèmes de santé mentale à la maison font état de la confusion de l'aide fournie, si aide il y a, aux parents. Puisqu'il ne semble jamais y avoir assez d'heures d'assistance extérieure disponibles, ces clients peuvent sembler peu indispensables, ce qui alourdit le fardeau pour les membres de la famille. »

Participant à la trousse d'outils

Pour répondre aux besoins de la communauté, ses membres doivent s'impliquer dans l'élaboration et la prestation de soins de santé mentale axés sur la collaboration. La présence de membres clés de la communauté et de ses personnes âgées au sein des comités consultatifs pour les initiatives de soins de santé mentale axés sur la collaboration entraînera un soutien de la communauté et la réduction du stigmata associé au fait de recevoir des soins de santé mentale. Les groupes de discussion de la communauté représentent un autre moyen utile de veiller à ce que ses besoins soient pris en considération.

Plusieurs stratégies peuvent être privilégiées pour travailler conjointement avec la communauté afin de répondre aux besoins des régions rurales et isolées. Il peut s'agir de la prestation d'hébergement coopératif, d'aide à l'emploi ou d'un support aux usagers pour qu'ils s'auto-orientent vers les services de santé mentale. Davantage de groupes d'entraide et de développement de la communauté pour les enfants, les personnes âgées et les autres personnes dans le besoin favoriseront la santé de la communauté. Accroître la sensibilisation envers les services de santé mentale grâce à de la publicité et à de l'information sur Internet, à la radio et à la télévision locale aidera également à gérer les problèmes de soins de santé mentale communs et à promouvoir une vie quotidienne en santé.

Il existe d'autres moyens efficaces pour répondre aux besoins de la communauté, y compris la prestation de services de soins de santé mentale et primaires dans un même endroit pour protéger la confidentialité des usagers, l'établissement de services de santé mentale sans rendez-vous et permettre aux personnes qui n'exercent pas la médecine d'orienter les usagers vers les services de santé mentale. Des kiosques d'information, des services de santé et des séances de dépistage (pour la dépression, l'anxiété et d'autres problèmes) offerts dans les centres commerciaux, les écoles et d'autres emplacements de la communauté amélioreront l'accès de tous les membres de la communauté aux services de santé mentale.

Planification et mise en oeuvre

- Soyez créatif lors de la planification pour ménager une zone de liberté permettant de travailler et de collaborer de façon unique.
- Empruntez une approche de développement de la communauté pour mobiliser les participants locaux dans le processus.
- Permettez aux prestataires de soins de fournir des services souples.
- Assurez-vous que les cliniciens possèdent une vaste formation.
- Impliquez les membres clés de la communauté au sein des comités consultatifs pour les initiatives de soins de santé primaires et autres initiatives de santé mentale.
- Songez à l'intégration d'initiatives d'intervention/de surveillance précoce.
- Davantage de surveillants et de supervision par les pairs pour les employés de première ligne sont nécessaires.
- Facilitez la création d'équipe.
- Accordez une nette attention aux problèmes de confidentialité.

« Quand les étudiants s'en vont dans les régions rurales et isolées pour accomplir leur travail clinique, le soutien des établissements d'enseignement est insatisfaisant et, parfois, ils sont laissés à eux-mêmes dans un environnement où ils doivent composer avec une équipe d'infirmiers surutilisés sans toujours savoir quoi faire. »

Participant à la trousse d'outils

« Nous devons trouver des projets qui mènent à la collaboration et les mettre en oeuvre! »

Participant à la trousse d'outils

Tout lancement de service nécessite un vaste dialogue, un modèle ou un concept efficace pour guider les services ainsi que des « champions » clés de la collectivité pour mener les efforts de mise en oeuvre. Certaines considérations doivent être retenues en plus de ce qui est fourni dans la trousse d'outils générale de l'ICCSM intitulée *Collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires : Une trousse d'outils sur la planification et la mise en oeuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs* (Kates et al., 2006).

Une période de supervision mandatée pour les futurs praticiens, des installations de formation satellites, le soutien aux cycles supérieurs et le développement à partir des forces des équipes de soins de santé et des services en place représentent tous des moyens de soutenir les communautés rurales et isolées. Les équipes de soins de santé mentale axés sur la collaboration qui ciblent la prévention, la promotion de la santé, la réhabilitation, l'évaluation, le traitement et la surveillance utilisent toutes des pratiques encouragées par le sondage mené dans le cadre du processus de consultation pour cette trousse d'outils (voir Annexe A).

Les obstacles au recrutement et au maintien des professionnels de soins de santé qui se dressent peuvent signifier que les communautés devraient songer à demander plus de financement fédéral et provincial pour augmenter le nombre de travailleurs de soins de santé mentale. Les incitatifs financiers visant à attirer tant les professionnels que les étudiants dans les régions rurales et isolées pourraient aussi être envisagés lors de l'élaboration d'initiatives de soins de santé mentale axés sur la collaboration au sein de ces communautés.

McIlwraith et Dyck (2002) proposent de s'engager envers les professionnels de soins de santé travaillant dans les régions rurales et isolées en leur fournissant des occasions supplémentaires de réseautage, l'accès à de la formation continue, à la consultation avec des spécialistes, au soutien par les pairs et à l'orientation expéditive vers les centres de soins tertiaires, au besoin. Le maintien de personnel qualifié et engagé dépend aussi de l'incitation des gens des régions rurales et isolées à étudier dans le domaine des soins de santé.

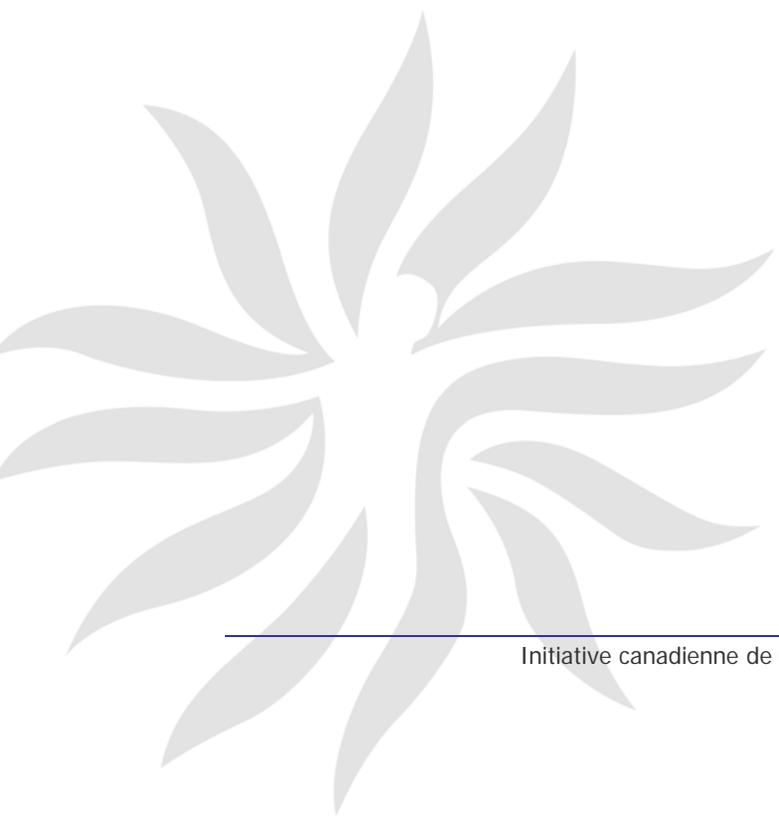
Systèmes, structures, processus et protocoles uniques suggérés par les répondants au sondage comprennent :

- Des déplacements supplémentaires et des allocations pour les repas du personnel mobile
- Des heures de soutien supplémentaires et la promotion de la formation continue des employés pour prévenir les cas d'épuisement professionnel et d'isolement et pour favoriser le maintien en poste
- Le co-emplacement des services pour favoriser une meilleure communication
- Des équipes de facilitation pour aider à établir et à maintenir des relations axées sur la collaboration
- La création de relations étroites entre les services d'hôpitaux, la communauté et les autres partenaires pour créer une « approche plus égale et horizontale »
- La facilitation du développement de l'équipe et du maintien en poste
- La disponibilité des services à l'extérieur des régions rurales et le transport vers ces services

- L'utilisation des médias locaux, la promotion du bénévolat dans la collectivité pour réaliser des économies, l'édification de la collectivité et offrir des occasions d'implications significatives de la part des usagers

Qualités ou compétences uniques et de grande valeur dans un environnement rural et isolé :

- Songer à retenir les services d'employés provenant de diverses spécialités, allant de l'aide au revenu, l'hébergement, les soins infirmiers et la psychologie à la médecine, la psychiatrie, la nutrition, la pharmacie, la réhabilitation, agent de probation/jeunes délinquants ainsi que les services d'aide du personnel universitaire pour promouvoir les meilleures pratiques et stratégies statistiques/évaluatives/politiques au niveau provincial.
- Intégrer les conseils des Premières Nations et les groupes autochtones.
- Encourager la formation interculturelle.
- L'utilisation des paraprofessionnels de la communauté locale est aussi essentielle (p. ex., les groupes confessionnels, etc.)
- Limiter les barrières linguistiques en promulguant la maîtrise des langues parlées localement.
- S'appuyer sur les forces existantes des équipes et des services de soins de santé.
- Créer des associations ou des groupes de soutien qui fournissent des occasions sociales et éducatives ainsi que des activités de promotion de la santé pour les usagers (p. ex., les individus atteints de maladies mentales chroniques).
- Former des équipes axées sur la collaboration qui ciblent la prévention, la promotion de la santé, la réhabilitation, l'évaluation, le traitement ainsi que la surveillance, et qui se rencontrent régulièrement.



Évaluation

- Faire état de ses succès est nécessaire pour favoriser le changement; mesurez donc ce que vous faites ou ce qui a été fait de même que les impacts.
- Tenez compte des aspects quantitatifs (« combien ») et qualitatifs (« pourquoi ») du fonctionnement d'un programme.
- L'impact des initiatives de soins de santé primaires/mentale peut être évalué à l'aide d'indicateurs de la qualité de vie, de la satisfaction des usagers et des prestataires de soins, de l'analyse de la rentabilité, des changements dans l'utilisation moyenne des services pendant des années ciblées, de la validation des indicateurs de gravité des symptômes et des listes de vérification des symptômes.
- L'évaluation, la surveillance et les outils d'évaluation ne sont pas toujours utilisés parce qu'il existe des besoins différents selon les populations. Toutefois, il y a un besoin d'outils prescrits pour mesurer l'efficacité et la rentabilité selon les populations rurales et isolées.
- Mesurer ce qui compte vraiment – chaque initiative aura ses propres priorités et évaluera donc différentes composantes.
- L'évaluation change constamment – avec le changement des questions posées viendra le changement des composantes évaluées.
- Tenez compte du taux d'alphabétisation et des langues les plus courantes au moment de déterminer les mesures.
- Les travailleurs de soins primaires considèrent que des outils de dépistage efficaces peuvent être très précieux.

Résultats précis relatifs aux populations rurales et isolées

« Il serait utile d'évaluer les partenariats du point de vue des partenaires et de celui des intervenants externes qui utilisent les services axés sur la collaboration. En fin de compte, les indicateurs de la qualité de vie des personnes traitées sont essentiels à l'évaluation. »

Participant à la trousse d'outils

Le succès des initiatives de soins de santé mentale axés sur la collaboration pour les populations rurales et isolées devrait être évalué en utilisant tant les données qualitatives que les données quantitatives. Plusieurs prestataires de soins de santé aux populations rurales et isolées ont souligné avec vigueur l'importance d'établir des mesures normalisées et exhaustives d'amélioration de la qualité. Le projet « The Continuous Enhancement of Quality Measurement in Primary Mental Health Care : Closing the Implementation Loop » (Amélioration continue de la mesure de la qualité dans les soins

et services de première ligne en santé mentale : Boucler la boucle de mise en œuvre) vise la création d'outils pour soutenir l'amélioration de la qualité des services de soins de santé mentale primaires. Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter leur site Web au <http://www.mheccu.ubc.ca/ceqm/index.cfm>.

Les indicateurs clés selon lesquels une initiative axée sur la collaboration est justifiée pour une communauté rurale et isolée comprennent la réduction des temps d'attente pour consulter les prestataires de soins de santé primaires et de santé mentale, la diminution des taux de réadmission dans les hôpitaux pour des motifs de maladies mentales, une satisfaction accrue de l'utilisateur envers les services et l'amélioration du niveau de satisfaction de la qualité de vie de l'utilisateur. En étudiant ces indicateurs, les prestataires de soins de santé peuvent évaluer si l'utilisateur reçoit ou non les bons services et déterminer si leurs besoins spécifiques sont satisfaits.

Les usagers (et les groupes de défense des usagers) doivent s'impliquer dans la conception et l'évaluation des initiatives de soins de santé mentale axés sur la collaboration pour que ces dernières soient un succès. Les points de vue et les opinions des usagers devraient être obtenus par l'entremise de groupes de discussion et de sondages. De surcroît, les usagers devraient être des membres actifs des équipes oeuvrant au sein d'initiatives de soins de santé mentale axés sur la collaboration.

Mesures ou outils recommandés pour les populations rurales et isolées

Les prestataires de soins de santé des régions rurales et isolées utilisent une vaste gamme d'outils d'évaluation et de diagnostic pour évaluer la santé mentale des usagers. La majorité des outils n'ont pas été conçus à l'attention des populations rurales et isolées, mais jouent toutefois un rôle important lors de l'évaluation de ces populations.

Les outils et les mesures communément utilisés sont :

- BASIS 32 Échelle de mesure de la gravité des symptômes psychiatriques (Behavior and Symptom Identification Scale)
- BCFPI Brève entrevue téléphonique avec la famille et l'enfant (Brief Child Family Phone Interview)
- CAFAS Échelle d'évaluation fonctionnelle des enfants et des adolescents (Child and Adolescent Functional Assessment Scale)
- DATIS Centre d'information sur le dépistage des drogues (Drug and Alcohol Treatment Information System)
- Échelles d'évaluation Conner (Conners' Rating Scales)
- Évaluations du risque de suicide (Suicide risk assessments)
- Inter-R-A-I Instrument international d'évaluation des résidents, évaluation de la santé mentale et de la toxicomanie (Resident Assessment Instrument) mental health and addiction screener
- Inventaire de dépression Beck (Beck Depression Inventory)

- Liste de vérification - 90 des symptômes (Symptom Checklist-90)
- SASSI Test de dépistage de l'alcoolisme, centre de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie (Substance Abuse Screen Inventory)
- SOCRATES Échelle des étapes de la capacité au changement et du désir d'être traité (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale)
- TAPPC Programme de prévention Arson pour les enfants (The Arson Prevention Program for Children)
- Trousse d'outils de réhabilitation psychosociale (Psychosocial Rehabilitation Toolkit)
- WHO-DAS Organisation mondiale de la santé - Sondage sur l'évaluation de l'incapacité (World Health Organization-disability assessment survey)

L'utilisation de ces outils varie en fonction des soins que le prestataire de soins de santé juge bénéfiques et abordables. Certains prestataires de soins voient cela d'un bon œil. Par exemple, un travailleur des soins de santé du Manitoba indique que cette évaluation est utile... « si elle s'applique et si elle est appropriée. » Par contre, certains professionnels des soins de santé expriment leurs inquiétudes et leurs frustrations face au fait qu'il n'y a pas d'approche normalisée pour l'évaluation de la santé mentale. De surcroît, il faut concevoir des outils d'évaluation en fonction de la culture ainsi que des formulaires adaptés aux besoins en matière de santé de communautés particulières (par ex., pour les Autochtones). Il s'agit d'une autre source d'inquiétude chez les travailleurs de soins de santé mentale des régions rurales et isolées.

Parfois, des professionnels de soins de santé conçoivent des outils adaptés à leur population (par ex., le protocole de prévention du suicide de Dilico utilisé dans le nord-ouest de l'Ontario, et un outil d'évaluation de la communauté conçu à l'usage de la direction des services de santé primaires de Santé Saskatchewan est utilisé à Saskatoon). Un autre professionnel de soins de santé de Saskatchewan révèle que « les indicateurs que nous utilisons sont créés en fonction de l'endroit et de la communauté. Par exemple, un des sites à Saskatoon s'est doté d'indicateurs qui ciblent une communauté moins riche et à risque élevé (c.-à-d., diabète, asthme, tabagisme, immunisation et activités physiques). » Néanmoins, ces exemples d'outils ciblant des populations rurales et isolées semblent être des exceptions.

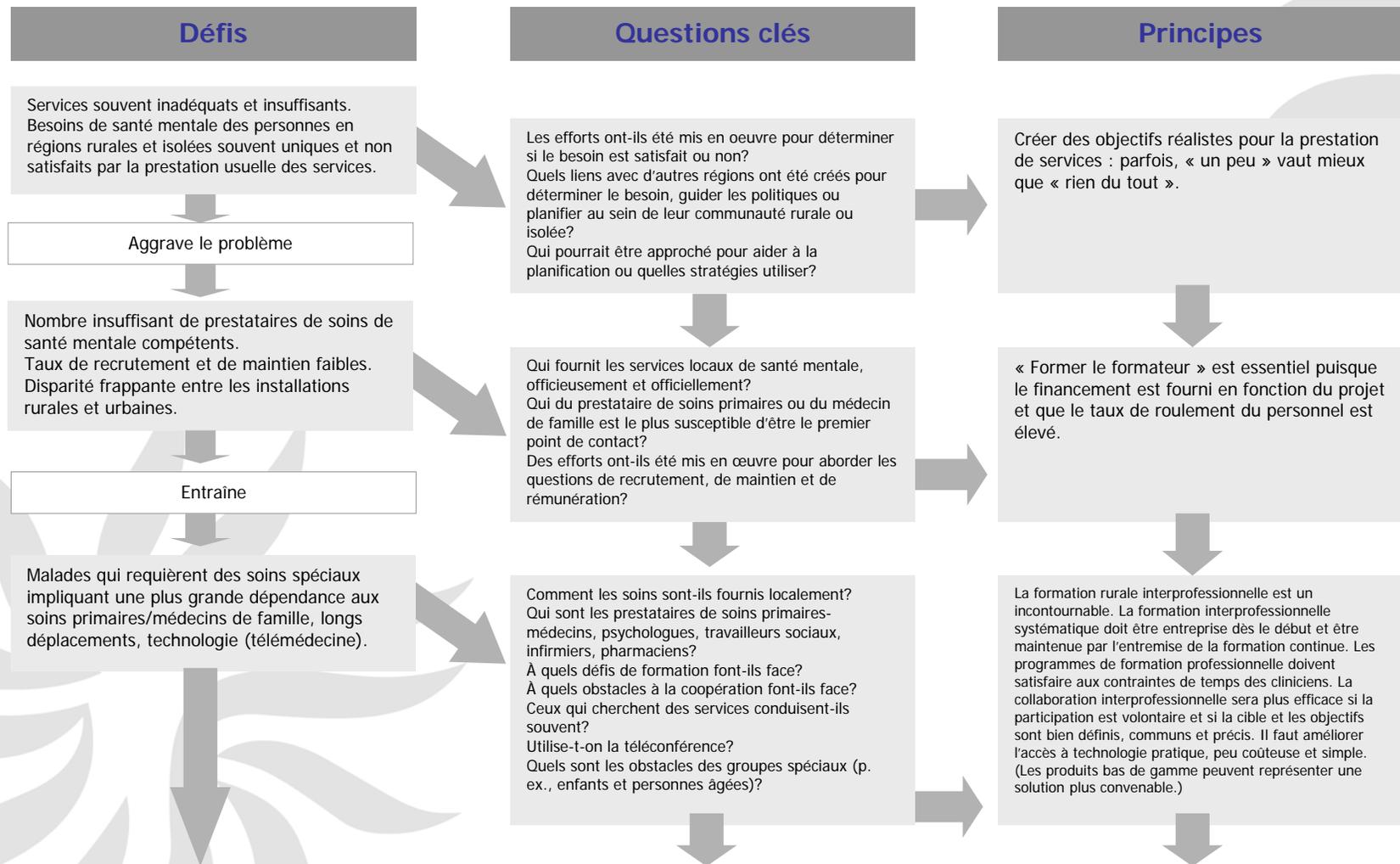
Obstacles uniques à l'évaluation des initiatives axées sur la collaboration des régions rurales et isolées

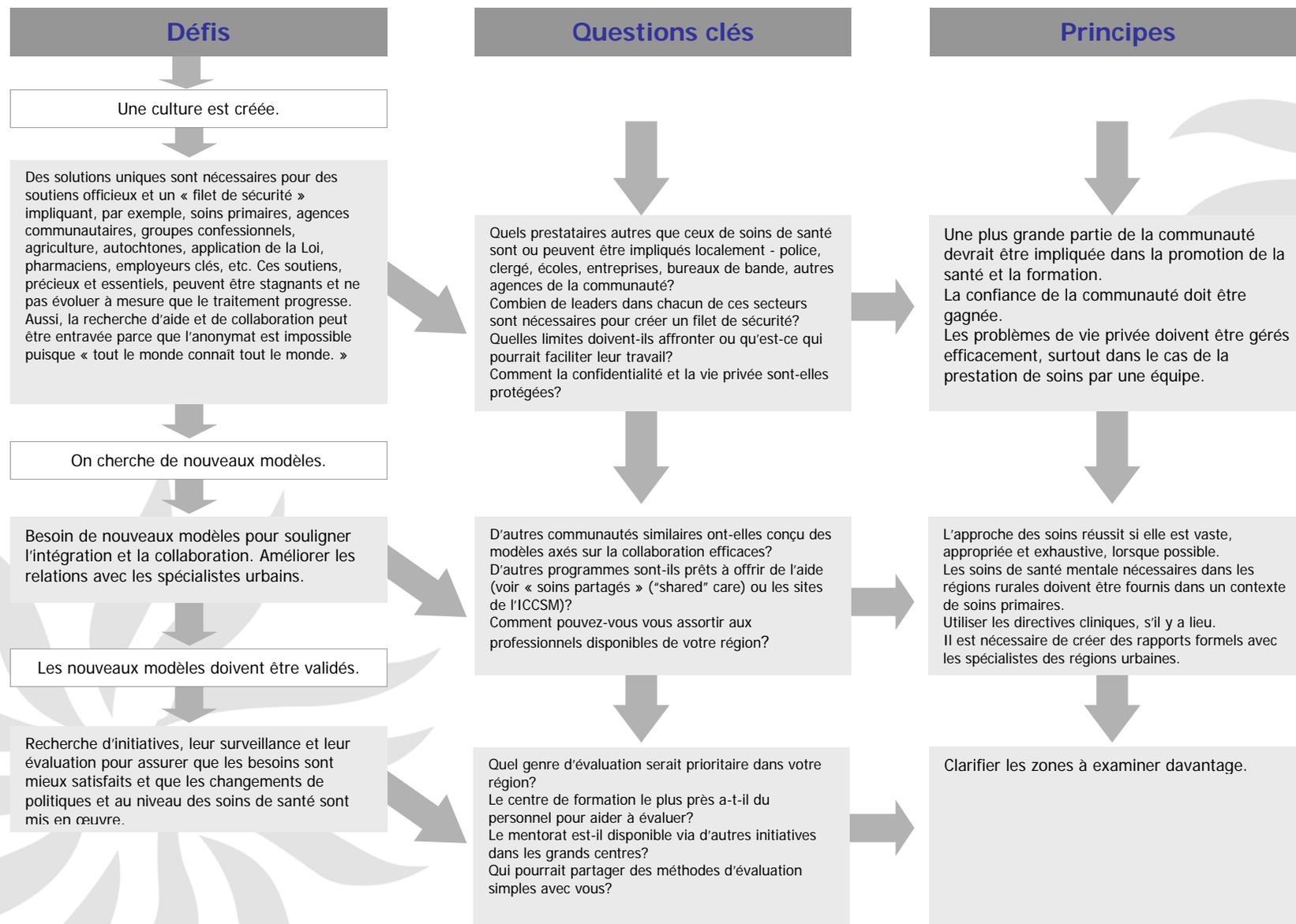
Il existe des obstacles qui rendent l'évaluation du succès des initiatives axées sur la collaboration dans les régions rurales et isolées plus difficile. Dans ces régions, l'anglais est souvent une langue secondaire, ce qui crée des barrières de communication significatives qui sont accentuées par les niveaux élevés d'analphabétisation. Ces deux facteurs peuvent rendre l'évaluation des initiatives difficile. Le stigmate associé aux soins de santé mentale et le manque de confidentialité au sein des plus petites collectivités posent aussi des défis à l'évaluation, car il peut être difficile d'obtenir la collaboration des

usagers. En plus, le sous-financement des soins de santé mentale signifie que le nombre de professionnels de soins de santé mentale possédant une formation sur les mesures et les indicateurs de rendement ainsi que sur les processus de dépistage est insuffisant. Un travailleur de soins de santé mentale à Dauphin, au Manitoba, n'est qu'un parmi de nombreux professionnels de soins de santé qui rapporte être trop occupé à effectuer du travail de soins primaires pour recevoir une formation sur l'évaluation.

Le tableau ci-dessous, conçu par le groupe d'experts sur les régions rurales et isolées, résume certains des principaux problèmes liés à la prestation de soins de santé mentale axés sur la collaboration au sein de communautés rurales et isolées.

Fournir des soins de santé mentale axés sur la collaboration efficaces dans les régions rurales et isolées





Problèmes clés à considérer

Définition

Les communautés rurales et les petites villes sont celles qui comptent dix mille résidents ou moins et qui sont situées à l'extérieur des zones de transport des grandes régions métropolitaines et des villes (Bollman, 1998). « Isolé » sous-entend avoir un accès routier limité ou inexistant ou aucun accès facile aux services spécialisés.

Accès aux services de santé mentale

Les Canadiens qui vivent dans les communautés rurales et isolées font face à de nombreux défis associés à l'accès aux soins de santé mentale, y compris :

- Des difficultés associées à l'accès aux soins de santé mentale primaires, aux services de diagnostiques et aux traitements spécialisés
- Le défi de retenir les prestataires de soins de santé mentale, y compris les professionnels de la santé associés
- Les installations de soins de santé mentale sont en nombre limité et ont un urgent besoin de modernisation

Les résidents des régions rurales doivent supporter le fardeau supplémentaire associé aux coûts élevés engagés lors du transport pour obtenir les soins de santé mentale requis. Pour la majorité d'entre eux, ces voyages les éloignent pendant des jours ou des semaines de leur famille et soutiens sociaux, sans oublier les dépenses engagées pour la nourriture et l'hébergement.

Même si le manque d'accès aux services de santé mentale est, sans l'ombre d'un doute, un problème sérieux, la résolution de ces problèmes pourrait ne pas être suffisante pour améliorer significativement l'état de santé mentale des résidents des régions rurales, à moins que des solutions nouvelles et novatrices soient créées et mises en oeuvre. Ces suggestions comprennent :

- L'augmentation de la promotion de la santé mentale et de la formation sur celle-ci pour impliquer une plus grande partie de la collectivité
- L'établissement de politiques, de lois et de règles de financement congruentes

Questions liées aux politiques

Certaines provinces ONT des plans stratégiques pour les services de soins de santé primaires même si la santé mentale n'est pas abordée adéquatement. Des exemples de pratiques positives comprennent l'intégration de la médecine familiale et de la santé mentale à Humboldt (Saskatchewan) (voir Annexe B pour une description) et le réseau NORTH de télépsychiatrie (Ontario). D'autres tentatives sont entreprises pour traiter les besoins non satisfaits par l'entremise d'initiatives de soins de santé primaires en fonction des besoins locaux. Certaines ont ajouté les évaluations des besoins effectuées avant la mise en oeuvre des services (voir Annexe B pour des descriptions d'initiatives de pratiques positives).

Malgré la compréhension accrue du fait que les problèmes de santé rurale ne seront probablement pas abordés adéquatement par les seuls programmes traditionnels (Humphreys et al., 2002), plusieurs planificateurs, prestataires et administrateurs de soins de santé continuent de se fier uniquement à l'utilisation d'approches urbaines plutôt que de concevoir des modèles permettant de s'adapter aux circonstances uniques des communautés rurales. Si on continue de se fier aux modèles urbains, cela créera des obstacles pour les communautés rurales et éloignées dans leurs efforts pour atteindre un statut égal à celui de leurs contreparties urbaines.

Questions liées au financement

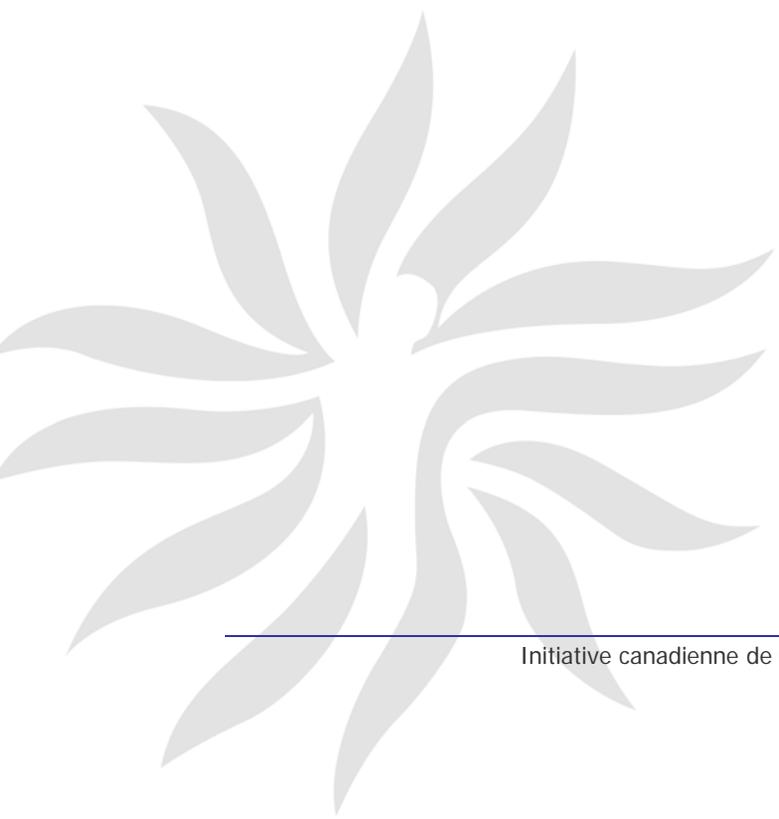
Voici quelques priorités de financement suggérées :

- Accorder du financement pour créer des emplois associés à la promotion de la santé mentale et à la formation sur celle-ci
- Créer un plan de financement spécifique pour la *santé mentale* (séparé du financement pour la santé physique et les hôpitaux), c.-à-d. *consacré à la santé mentale*
- Financer l'élimination des obstacles pour les spécialistes
- Mandater les initiatives axées sur la collaboration et le partage financier pour être *permanents*
- Allouer des ressources financières à la prestation de services pour les usagers ayant des besoins plus importants pour prévenir l'utilisation de services plus coûteux
- Fournir un soutien financier *permanent* pour la création d'emplois ou la programmation récréative
- Fournir davantage d'appui et d'incitatifs financiers aux prestataires de soins de santé mentale et aux professionnels associés pour qu'ils collaborent avec les médecins de famille qui fournissent habituellement les soins de santé mentale dans les régions rurales et isolées

Résumé

1. Une plus grande partie de la collectivité devrait être impliquée dans la promotion de la santé et dans la formation sur celle-ci.
2. La formation interprofessionnelle dans les régions rurales est essentielle :
 - a) Une formation interprofessionnelle systématique doit débuter très tôt et être maintenue dans le cadre d'une formation continue.
 - b) Les programmes doivent satisfaire aux contraintes de temps des prestataires de soins de santé.
3. Dans la mesure où conserver l'anonymat est impossible puisque « tout le monde connaît tout le monde », un malade hésitera à chercher de l'aide ou de la collaboration. Les prestataires de soins doivent travailler pour gagner la confiance de la collectivité.

4. La collaboration interprofessionnelle sera meilleure si la participation est volontaire et si la cible ou l'objectif est commun, précis et bien défini.
5. En ce qui concerne la question liée à la durabilité, le programme « Former le formateur » est essentiel puisque le financement est accordé en fonction du projet et que le taux de roulement du personnel est élevé.
6. L'amélioration de l'accès aux technologies pratiques, peu coûteuses et simples est un besoin essentiel (les produits « bas de gamme » peuvent représenter une solution plus convenable).
7. La création de rapports formels avec les spécialistes urbains est essentielle.



Références et lectures connexes

Aboriginal Diabetes Initiative. *Diabetes among Aboriginal People in Canada: the evidence* (Initiative autochtone sur le diabète. *Le diabète dans les populations autochtones (Premières Nations, Inuits et Métis) du Canada : les faits*), 2000 [Article en français et en anglais]. Disponible au : http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/alt_formats/fnihb-dgspni/pdf/pubs/diabete/2001_evidence_faits_fr.pdf; en date du 3 novembre 2005.

Agence de santé publique du Canada. *Definitions of rural summary (Définitions de « rural » Résumé)*, 2002. Disponible au : http://www.phac-aspc.gc.ca/rh-sr/pdf/rural_executive_summary.pdf; en date du 3 novembre 2005.

Alberta Association of Registered Nurses. *Primary health care*. Edmonton, Alberta : Alberta Association of Registered Nurses, 2003. Disponible au : <http://www.nurses.ab.ca/ARNdocs/Primary%20Health%20Care%20February%202003.pdf>; en date du 3 novembre 2005.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. *Mental health care reform: A priority for nurses*. Ottawa, Ontario : Association des infirmières et infirmiers du Canada, 1991.

Asarnow J, Jaycox LH, Duan N, LaBorde AP, Rea MM, Murray P, et al. Effectiveness of a quality improvement intervention for adolescent depression in primary care clinics: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005; 293 (3): 311-9.

Aubry TD, Flynn RJ, Gerber G, Dostaler T. Identifying the core competencies of community support providers working with people with psychiatric disabilities. *Psychiatr Rehabil J*, 2005; 28 (4): 346-53.

Badger L, Robinson H, Farley T. Management of mental disorders in rural primary care: a proposal for integrated psychosocial services. *J Fam Pract*, 1999; 48 (10): 813-8.

Barbopoulos A, Clark JM. Practicing psychology in rural settings: issues and guidelines. *Can Psychol*, 2003; 44 (4): 410-24.

Battye KM, McTaggart K. Development of a model for sustainable delivery of outreach allied health services to remote north-west Queensland, Australia. *Rural Remote Health* [ressource en ligne]. 2003; 3 (3): 194. Disponible au : http://rrh.deakin.edu.au/publishedarticles/article_print_194.pdf; en date du 3 novembre 2005.

Bollman RD (sous la direction de). *Rural and small town Canada Analysis Bulletin (Bulletin d'analyse, régions rurales et petites villes du Canada)*. Vol. 1, no 1. Ottawa : Statistique Canada, 1998. Disponible au : <http://www.statcan.ca:8096/bsolc/francais/bsolc?catno=21-006-X&CHROPG=1>

Boydell KM, Pong R, Volpe T, Tilleczek K, Wilson E, Lemieux S, et al. *The rural perspective on continuity of care: pathways to care for children with emotional and behavioural disorders (La perspective rurale sur la continuité des soins : Accessibilité aux soins pour les enfants souffrant de troubles de l'affectivité et du comportement)*. Ottawa : Canadian Health Services Research Foundation (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé), 2004.

Calloway M, Fried B, Johnsen M, Morrissey J. Characterization of rural mental health service systems. *J Rural Health*, 1999; 15 (3): 296-307.

Commission on the Future of Health Care in Canada (Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada) (Roy Romanow, Commissaire). *Building on values - the future of health care in Canada (Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada)*. Rapport final. Ottawa : Gouvernement du Canada, 2002.

Craven MA, Bland R. Shared mental health care: a bibliography and overview. (Le partage des soins de santé mentale : une bibliographie et une vue d'ensemble) [Article en français et en anglais]. *Can J Psychiatry*, 2002; 47 (2 Suppl 1): 66S-8S, 72S-5S.

Dobson KS. A national imperative: public funding of psychological services. *Can Psychol*, 2002; 43 (2): 65-75.

Dukeshire S. *How different definitions of rurality impact our perception and understanding of rural Canada*. Invited address, Methodological Issues of Rurality and Rural Health Workshop, 3rd National Conference on Health Research in Rural and Remote Canada (3^e conférence sur la recherche en santé dans les régions rurales et isolées au Canada), Halifax, Nouvelle-Écosse, 2002.

Federal Office of Rural Health Policy, Health Resources and Service Administration and Office of Managed Care Health Care Financing Administration. *Making managed health care work in Rural America (A report from the Office of rural Health Policy)*. Rockville, MD: Office of Rural Health Policy, 1994.

Frank RG, McDaniel SH, Bray JH, Heldring M. (sous la direction de). *Primary care psychology*. Washington, DC : American Psychological Association, 2004.

Fried BJ, Johnsen MC, Starrett BE, Calloway MO, Morrissey JP. An empirical assessment of rural community support networks for individuals with severe mental disorders. *Comm Ment Health J*, 1998; 34 (1): 39-56.

Gagné MA. *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*. Rapport préparé pour l'ICCSM, Mississauga, Ontario, Canada; juin 2005. Disponible au : www.iccsm.ca

Gathchel RJ, Oordt MS. *Clinical health psychology and primary care: Practical advice and clinical guidance for successful collaboration*. American Psychological Association; Washington, DC; 2003.

Groft JN, Hagen B, Miller NK, Cooper N, Brown S. Adolescent health: a rural community's approach (Santé de l'adolescent : une approche dans les communautés rurales). *Rural and Remote Health* 5 (Santé dans les régions rurales et isolées 5) [ressource en ligne], 2005; 5 (2): 366. Disponible au : http://rrh.deakin.edu.au/publishedarticles/article_print_366.pdf; en date du 3 novembre 2005.

Halfacree KH. Locality and social representation: space, discourse, and alternative definitions of the rural. *J Rural Stud*, 1993; 9 (1): 23-37.

Humphreys J, Hegney D, Lipscombe J, Gregory G, Chater B. Whither rural health? Reviewing a decade of progress in rural health. *Aust J Rural Health*, 2002; 10 (1): 2-14.

Hunsley J. Cost-effectiveness and medical cost-offset considerations in psychological service provision. *Can Psychol*, 2003; 44 (1): 61-73.

Jacobsen M. *Culturally appropriate rural mental health practice: a model*. St. Cloud, MN : National Association for Rural Mental Health; 1998.

James LC, Folen RA. *The primary care consultant: the next frontier for psychologists in hospitals and clinics*. (Application and practice in health psychology). Washington, DC: American Psychological Association, 2005.

Jennissen T. *Health issues in rural Canada*. Ottawa : Minister of Supply and Services, 1992.

Jenkins R, Strathdee G. The integration of mental health care with primary care. *Int J Law Psychiatry*, 2000; 23 (3-4): 277-91.

Johnsen M, Samberg L, Calsyn R, Blasinsky M, Landow W, Goldman H. Case management models for persons who are homeless and mentally ill: the ACCESS Demonstration Project (Access to Community Care and Effective Services and Supports). *Comm Ment Health J*, 1999; 35 (4): 325-46.

Keller PA, Murray JD, Hargrove DS. A rural mental health research agenda: defining context and setting priorities. *J Rural Health*, 1999; 15 (3): 316-25.

Kerr M. *Remote and Rural Areas Resource Initiative (RARARI)*, National Health Service Scotland, 2003.

Kirchner JE, Cody M, Thrush CR, Sullikvan G, Rap CG. Identifying factors critical to implementation of integrated mental health services in rural VA community-based outpatient clinics. *J Behav Health Serv Res*, 2004; 31 (1): 13-25.

Kuipers P, Allen O. Preliminary guidelines for the implementation of Community Based Rehabilitation (CBR) approaches in rural, remote and Indigenous communities in Australia. *Rural Remote Health* [ressource en ligne], 2004; 4 (3): 291. Disponible au : http://rrh.deakin.edu.au/publishedarticles/article_print_291.pdf; en date du 3 novembre 2005.

Mahnken JE. Rural nursing and health care reforms: building a social model of health. *Rural and Remote Health* 1 [ressource en ligne], 2001: 1 (1): 104. Disponible au : http://rrh.deakin.edu.au/publishedarticles/article_print_104.pdf; en date du 3 novembre 2005.

McCabe S, Macnee CL. Weaving a new safety net of mental health care in rural America: a model of integrated practice. *Issues Ment Health Nurs*, 2002; 23 (3): 263-78.

McIlwraith RD, Dyck KG. *Strengthening Rural Health: The Contribution of the Science and Practice of Psychology*, Association canadienne de psychologie, 2002. Disponible au : <http://www.cpa.ca/rural.pdf>; en date du 3 novembre 2005.

Mohatt DF. *Access to Mental Health Services in Frontier America*, Letter to the Field No. 4, FRONTIER Mental Health Services Resource Network. 1997. Disponible au : <http://www.wiche.edu/mentalhealth/Frontier/letter4.asp#current>; en date du 3 novembre 2005.

Ogasawara S. *Interior Health Rural Health Services Planning Framework 2004/05, Appendix C: Interior Health Nutritional Services: issues and concerns*, 2005. Disponible au : <http://www.interiorhealth.ca/NR/rdonlyres/C10D1322-046B-4F84-BC43-08475632D4CC/1118/InteriorHealthRuralHealthServicesPlanningFramework.PDF>; en date du 12 décembre 2005.

Organisation for Economic Cooperation and Development (Organisation de coopération et de développement économiques). *Creating rural indicators for shaping territorial policy (Créer des indicateurs ruraux pour étayer la politique territoriale)*. Paris : Organisation de coopération et de développement économiques; 1994.

Pautler K, Gagné MA (2005). *Bibliographie annotée des soins de santé mentale axés sur la collaboration*. Mississauga, Ontario : Initiative canadienne de collaboration en santé mentale; septembre 2005. Disponible au : www.iccsm.ca

Pauzé E, Gagné MA (2005). *Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires : Un examen des initiatives canadiennes. Volume II : Descriptions des initiatives*. Mississauga, Ontario : Initiative canadienne de collaboration en santé mentale; novembre 2005. Disponible au : www.iccsm.ca

Pauzé E, Gagné MA, Pautler K (2005). *Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires : Un examen des initiatives canadiennes. Volume I : Analyse des initiatives*. Mississauga, Ontario : Initiative canadienne de collaboration en santé mentale; novembre 2005. Disponible au : www.iccsm.ca

Pion GM, Keller P, McCombs H. *Mental Health Providers in Rural and Isolated Areas. Final Report of the Ad Hoc Rural Mental Health Provider Work Group*. Rockville, MD: SAMSHA, National Mental Health Information Center, Center for Mental Health Services, 1997.

Disponible au : <http://www.mentalhealth.samhsa.gov/publications/allpubs/SMA98-3166/default.asp>; en date du 3 novembre 2005.

Pitblado J, Pong RW, Irvine A, Nagarajan K, Sahai V, Zelmer J et al. *Assessing rural health: toward developing health indicators for rural Canada*. Sudbury, Ontario : Centre for Rural and Northern Health Research, Laurentian University, 1999. Disponible au :

<http://cranhr.laurentian.ca/pdf/indcat/INDCONT.pdf>; en date du 3 novembre 2005.

Reed DA. Adaptation: the key to community psychiatric practice in the rural setting. *Comm Ment Health J*, 1992; 28 (2): 141-50; discussion 151-4.

Romanow RJ, Marchildon GP. Psychological services and the future of health care in Canada. *Canadian Psychology*, 2003; 44 (4): 283-95.

Rourke J. In search of a definition of rural. *Can J Rural Med*, 1997; 2 (3): 113.

Ryan-Nicholls KD. Health and sustainability of rural communities. *Rural Remote Health* [ressource en ligne]. 2004; 4 (1): 242. Disponible au :

http://rrh.deakin.edu.au/publishedarticles/article_print_242.pdf; en date du 3 novembre 2005.

Ryan-Nicholls KD, Racher FE, Robinson J. Providers' perception of how rural consumers access and use mental health services. *J Psychosoc Nurs Ment Health*, 2003; 41 (6): 34-43.

Santé Canada, Direction des programmes de santé communautaire, Bureau de santé des Premières Nations et des Inuits. *Unintentional and intentional injury profile for Aboriginal Peoples in Canada (Les lésions traumatiques accidentelles et intentionnelles chez les Autochtones du Canada) 1990-1999*. Ottawa : ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux. Disponible au : http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/pubs/injury-bless/2001_trauma/index_f.html; en date du 3 novembre 2005.

Schmidt G. Barriers to recovery in a First Nations community. *Can J Comm Ment Health*, 2000; 19 (2): 75-87.

Shelton DA, Frank R. Rural mental health coverage under health care reform. *Comm Ment Health J*, 1995; 31 (6): 539-52.

Stamm B. Clinical applications of telehealth in mental health care. *Prof Psychol Res Pr*, 1998; 29 (6): 536-42.

Stamm BH. (sous la direction de). *Rural behavioral health care: an interdisciplinary guide*. Washington, DC: American Psychological Association, 2003.

Statistique Canada. *Health indicators (Indicateurs de la santé)*. Décembre 2001, Vol. 2001 (3). Ottawa : Statistique Canada, 2001. Disponible au : <http://www.cihi.ca/indicators/fr/hlthindf.shtml>

Statistique Canada. *Profiles (Profils)*. Ottawa : Division de recensement, Gouvernement du Canada, 1991.

Statistique Canada. *Urban and rural population counts for provinces and territories. (Chiffres de population des régions urbaines et rurales, provinces et territoires)*, recensement de 1996 - données intégrales. (no. 93-357-XPB au catalogue). Ottawa, Ontario : Statistique Canada; 1996. Disponible au : <http://www.statcan.ca/english/census96/table15.htm>; en date du 3 novembre 2005.

Taylor J, Wilkinson D, Blue I. Towards evidence-based general practice in rural and remote Australia: an overview of key issues and a model for practice. *Rural Remote Health* [ressource en ligne]. 2001; 1 (1): 106. Disponible au : http://rrh.deakin.edu.au/publishedarticles/article_print_106.pdf; en date du 3 novembre 2005.

Wagenfeld MO, Murray JD, Mohatt DF, DeBruyn JC. (sous la direction de). *Mental health and rural America: an overview and annotated bibliography 1978-1993*. Washington, DC: US Government Printing Office; 1994.

Annexe A : Processus de consultation

- Le groupe d'experts est formé de membres de plusieurs disciplines.
- Les points de vue de personnes à travers le Canada ont été obtenus afin de rassembler les idées clés de cette trousse d'outils.
- Des données et des opinions fournies par écrit ou de visu ont été recueillies auprès des gouvernements, de corps professionnels, d'usagers et de groupes d'usagers/de défense, de médecins, d'infirmiers, de psychologues, de psychiatres, de pharmaciens, de travailleurs sociaux, de diététistes, d'agents communautaires chargés du traitement des cas, d'organismes autochtones et plus encore.

Le groupe d'experts sur les régions rurales et isolées a été créé en février 2005 et ses progrès ont été supervisés par le président du groupe, le Dr Jack Haggarty, avec l'aide du coordonnateur de projet du groupe.

Les membres du groupe d'experts ont été choisis à partir d'une vaste gamme de disciplines toutes liées aux soins de santé primaires et de santé mentale pour assurer que les points de vue des intervenants clés seraient exprimés. Les membres du groupe ont également été choisis en fonction de leur implication dans le domaine des soins de santé dans les régions rurales et isolées. Par conséquent, le groupe d'experts réunit des membres de différentes régions géographiques.

Les disciplines et les régions géographiques suivantes sont représentées au sein du comité d'experts sur les régions rurales et isolées :

- Psychiatre (Nord-Ouest de l'Ontario)
- Médecin de famille (Colombie-Britannique)
- Psychologue (Terre-Neuve)
- Infirmier psychiatrique autorisé et professeur adjoint (Manitoba)
- Psychologue (Saskatchewan)
- Travailleur social (Nord-Ouest de l'Ontario)
- Pharmacien (Alberta)
- Coordonnateur des services et de l'évaluation des soins primaires (Nord-Est de l'Ontario)

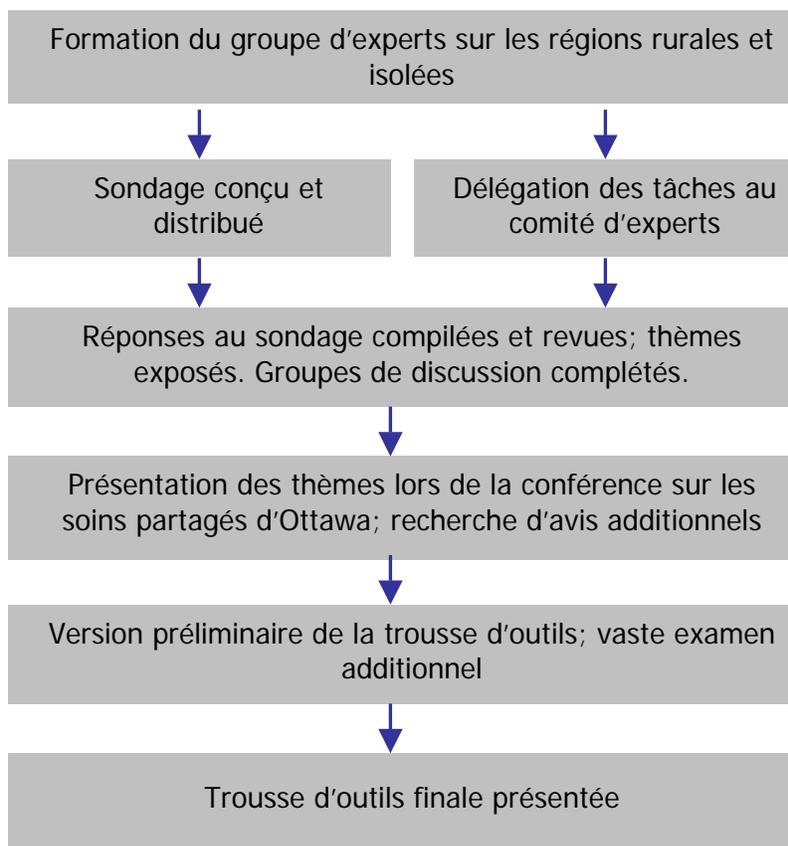
Les membres du groupe d'experts ont tenu des téléconférences une à deux fois par mois. Suite à l'examen de l'assignation à élaborer une trousse d'outils et à obtenir les opinions d'une vaste gamme de prestataires de services et d'usagers, un sondage a été conçu pour recueillir les données nécessaires. Voir ci-dessous la liste des organismes et des corps professionnels qui ont reçu le sondage. Plus de trente d'entre eux ont répondu. De plus,

deux groupes de discussion ont permis d'obtenir une direction et des commentaires précieux.

À plusieurs endroits, on a tenu des groupes de discussion par téléphone ou en personne. Une séance a été enregistrée et transcrite. Les contraintes liées à cette initiative et à la trousse d'outils ont rendu impossible de mener un sondage exhaustif auprès des régions rurales et isolées. Les membres du groupe d'experts et du groupe de travail pour la trousse d'outils ont déployé de vaillants efforts couronnés de succès pour impliquer des gens au sein de notre réseau, ce qui a permis d'aboutir aux opinions exprimées ici.

Les réponses fournies dans les sondages et les entrevues ont guidé tout le processus de conception du document. Malgré les obstacles, plusieurs régions rurales et isolées du Canada ont été contactées et invitées à participer, y compris les régions de l'Ouest, du Centre et de l'Atlantique ainsi que du Grand Nord (voir ci-dessous). Des réponses détaillées au sondage et des entrevues ont été obtenues dans toutes les régions à l'exception de l'Arctique (voir aussi la trousse d'outils pour les populations autochtones disponible au www.iccsm.ca). Des rapports gouvernementaux ont été obtenus à des fins de citation. De surcroît, des données ont été recueillies auprès des usagers et de leur famille avec leur permission grâce à leur participation à des groupes de discussion, au sondage et en raison de leurs rétroactions directes aux membres du groupe d'experts. Plusieurs réponses au sondage ont été fournies par des personnes recevant des services de santé mentale, par des groupes de défense des patients et des usagers ainsi que par des organismes nationaux axés sur les usagers. Même si les sujets de dialogue étaient vastes, le groupe d'experts reconnaît que les opinions obtenues et présentées ici ne sont pas exhaustives et ne correspondent pas à l'ampleur des opinions recueillies.

Le tableau ci-dessous résume le processus de consultation.



Les personnes et les organismes suivants ont été contactés dans le cadre du processus de consultation :

- Association canadienne pour la santé mentale
- Association canadienne pour la santé mentale, Thunder Bay
- Association des chaînes de pharmacies
- Association des pharmaciens du Canada
- Association des psychiatres du Canada
- B.C. College of Family Physicians (Collège des médecins de famille, Colombie-Britannique)
- Centre de santé mentale, Neepawa (Manitoba)
- Chronic Mental Illness Drop In Centre
- Clinique Humboldt, Humboldt (Saskatchewan)
- Collège des médecins de famille du Canada
- Counselling de Goose Bay (Labrador)
- Dilico Ojibway Child and Family Services (Services pour les enfants et les familles de Dilico Ojibway à Armstrong, Longlac, Nipigon et Mobert (Ontario))

- Family members of mental health consumer in (Famille des usagers de santé mentale de) Gibsons (Colombie-Britannique)
- Hôpital psychiatrique de St. Thomas
- Marathon Family Practice
- Médecin de famille (Terre-Neuve)
- Médecin de famille, Hanover (Ontario)
- Mental health consumer de Vernon (Colombie-Britannique)
- Mental Illness Support Network (MISN)
- Office régional de la santé d'Assiniboine
- Office régional de la santé, région sanitaire Burntwood, Thompson (Manitoba)
- People Advocating for Change through Empowerment Inc. (PACE) – Geraldton, Schreiber, Manitouwadge, Marathon, Thunder Bay (Ontario)
- Prince George Northern Health
- Saskatoon Health Region
- Société canadienne de psychologie
- Société canadienne de schizophrénie
- Travailleurs en santé mentale, Office régional de la santé de Parkland, Dauphin (Manitoba)
- UBC Department of Family Medicine (Département de médecine familiale de la University of British Columbia)
- Yellowknife General Hospital (Hôpital Général de Yellowknife) (Département de psychiatrie) Programme de formation en milieu rural

Annexe B : Initiatives de pratiques positives

La clinique médicale Humboldt

Cette clinique dessert environ 30 000 à 35 000 personnes (de tous les groupes d'âge) de Humboldt, en Saskatchewan, et des régions avoisinantes. À l'heure actuelle, la clinique compte sept médecins de famille et un chirurgien à temps plein, des services de laboratoire à temps partiel (c.-à-d, analyse d'urine) et une pharmacie liée à la clinique. Les médecins de famille de la clinique fournissent aussi leurs services à temps partiel (de une à deux fois par semaine) à cinq communautés plus petites. L'objectif de recrutement de la clinique est de onze médecins de famille praticiens à temps plein (deux de ceux-ci fourniront des services d'anesthésie), d'un anesthésiste à temps plein ainsi que de deux chirurgiens.

Pour de plus amples renseignements sur les initiatives de pratiques positives au Canada, veuillez consulter le document suivant disponible au www.iccsm.ca :

- *Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires. Un examen des initiatives canadiennes : Volumes I et II*

Dans le cadre de l'élaboration d'initiatives de soins de santé primaires pour traiter les enjeux de santé mentale et physique se chevauchant, la Saskatoon Health Region (SHR) a embauché deux psychologues en 2003 afin qu'ils travaillent en collaboration avec les médecins de famille deux fois par mois dans la clinique de Humboldt. Malheureusement, pour des questions de maintien dans la collectivité de Saskatoon, un psychologue a dû cesser de fournir ses services en avril 2004.

Les usagers sont directement orientés vers un des médecins de famille de la clinique. Les services psychologiques sont fournis aux usagers dans la clinique. En raison des problèmes accrus de vie privée et de confidentialité dans les régions rurales, toutes les séances de traitement psychologique fournies à la clinique sont individuelles, en couple, avec parents et enfants ou en famille (c.-à-d., aucune séance de groupe).

Pour la prestation de services psychologiques efficaces, la séance initiale comprend l'inscription, la clarification des questions de diagnostics/problématiques, la prestation d'informations psychoéducatives et des interventions comportementales/cognitives initiales (des plans comportementaux individualisés sont fournis par écrit à l'utilisateur entre les séances). Lorsque possible, cela est suivi d'une brève consultation verbale avec le médecin de famille à l'origine de l'orientation.

La plupart des usagers sont soumis à des interventions thérapeutiques brèves (habituellement de une à quatre séances) et très ciblées. Les usagers nécessitant des services à plus long terme sont réorientés vers les prestataires de soins de santé mentale

locaux. Dans ce cas, le psychologue fournit une consultation directe ou par téléphone à ces prestataires. Jusqu'à présent, seulement quatre personnes ont refusé d'être réorientées vers ces prestataires de services de santé mentale locaux pour des questions de confidentialité et/ou de relations duelles.

Entre janvier et décembre 2004, 25 adultes, 2 personnes âgées, 4 adolescents et 10 enfants (35 % enfants/adolescents, 65 % adultes) ont reçu des services psychologiques. De janvier à mars 2005, 6 adultes, 2 adolescents et 3 enfants (45 % enfants/adolescents, 55 % adultes) ont consulté, en plus des séances de suivi fournies aux usagers déjà traités. Les zones problématiques chez les adultes/ personnes âgées comprennent : des symptômes de dépression légers à modérés, de l'anxiété ainsi que des problèmes de santé physique (c.-à-d., douleur, ajustements liés aux blessures, dysfonction sexuelle, etc.), de gestion des symptômes de santé mentale, d'équilibre dans leurs rapports/rôles (c.-à-d., matrimonial, parental) et de quelques problèmes post-traumatiques. Chez les enfants et les adolescents, des problèmes somatiques/d'élimination, des symptômes de dépression/d'anxiété, des comportements perturbateurs/rebelles, des inquiétudes académiques, des problèmes liés aux pairs, aux frères et sœurs ainsi que des problèmes de développement/d'orientation sexuelle se sont présentés.

Les buts futurs de la collaboration comprendront une évaluation de la prestation des services psychologiques par les usagers et les médecins de famille. Les données recueillies seront utilisées pour la planification de cas futurs. Finalement, l'expansion future des services cliniques existants axés sur la collaboration fera l'objet d'une discussion.

Comité consultatif sur la santé mentale de Parkland

The Parkland Regional Health Authority (RHA) (Office régional de la santé de Parkland) est responsable de la planification, de la coordination, du financement et de la prestation de tous les services de santé pour les résidents de la région de Parkland située dans le Centre-Ouest du Manitoba, au Canada. Dans la région de Parkland, l'implication des intervenants est facilitée par le comité consultatif sur la santé mentale. Ce comité comprend des usagers de la santé mentale, des groupes représentant les familles et les usagers et des personnes intéressées par la santé mentale. Les activités axées sur la collaboration comprennent :

- Le RHA tient des réunions où les membres de la communauté sont invités à participer. Ces réunions sont annoncées publiquement dans le journal local et dans un journal spécial, soit le *Community Link*. Le « *Link* » souligne des problèmes particuliers (par ex., le diabète); le RHA a l'intention de dédier une édition prochaine du « *Link* » à la santé mentale.
- Le RHA finance des organismes à but non lucratif comme la Société canadienne de schizophrénie. Les intervenants sont invités à participer à l'accréditation et à l'amélioration continue de la qualité des comités. Le RHA envoie des sondages et des

questionnaires aux membres de ce comité pour connaître leur satisfaction à l'égard des services et, s'il y a lieu, pour obtenir des suggestions d'améliorations. Le RHA compte sur un agent des plaintes/de défense des usagers/clients qui enquête sur les problèmes et les plaintes.

- La région tient des groupes de discussion pour examiner l'évaluation des besoins.
- En plus du journal et du « *Link* », le RHA travaille chaque semaine avec une station de radio locale où il présente différents sujets proposés par les membres du personnel.
- Les groupes de la communauté sont invités de façon ponctuelle à participer à des réunions hebdomadaires tenues par le groupe de santé mentale communautaire afin de participer et/ou d'échanger des renseignements sur leurs services et leurs programmes. Des groupes comme la GRC et d'usagers ont participé à ces réunions.

Parkland Advisory Committee for Employment Support (PACES) (Comité consultatif pour le soutien à l'emploi de Parkland)

Le comité PACES aide les personnes de la région de Parkland souffrant d'une incapacité à se préparer pour un emploi, à en obtenir un et à le conserver. Il a été créé pour pallier le nombre limité de programmes destinés aux individus ayant une incapacité et qui sont à la recherche un emploi.

Ce comité est composé de plusieurs organismes à but non lucratif ainsi que de ministères gouvernementaux fédéraux et provinciaux. Les partenariats créés par l'entremise de PACES permettent l'échange de renseignements et de ressources pour fournir des services plus efficaces et exhaustifs afin de promouvoir l'intégration économique des personnes ayant une incapacité.

Le comité PACES a créé en 2000 un projet pilote pour les usagers de la santé mentale. L'objectif principal de ce projet était de fournir des services de pré-emploi et de placement aux personnes de la région de Parkland atteintes d'une maladie mentale.

Une fois le projet pilote complété, le comité a conclu qu'il existait un besoin pour un programme d'emploi qui servirait tous les gens souffrant d'incapacité dans la région de Parkland. « Employment Exploration Alternative Program » (EEAP) (le programme alternatif de recherche d'emploi) a été mis sur pied pour répondre à ce besoin. Les ministères suivants invitent les usagers à participer au programme EEAP :

- Services à la Famille et Logement, Manitoba – Services de réadaptation
- Services à la Famille et Logement, Manitoba – Aide à l'emploi et au revenu
- Society of Manitobans with Disabilities
- Enseignement postsecondaire et formation professionnelle du Manitoba
- Office régional de la santé de Parkland – Services de santé mentale communautaires
- Département des ressources humaines, Fonds d'intégration du Canada

Le programme EEAP combine une composante d'études en classe avec l'expérience de travail. Grâce à cet apprentissage interactif, la portion en classe enseigne aux individus comment obtenir et garder un emploi. Les deux composantes fournissent l'occasion aux participants de(d') :

- Adopter/conservé une attitude positive
- Augmenter leurs interactions sociales
- Augmenter leur estime de soi
- Contribuer à leur communauté

Le programme EEAP aide donc les individus souffrant d'incapacité à développer leurs compétences liées à l'emploi et à trouver un emploi. Ce programme de 16 à 20 semaines est le seul de sa catégorie qui oeuvre avec tous ces organismes au Manitoba. EEAP est conçu pour les personnes souffrant d'une incapacité, y compris les problèmes de santé mentale, les incapacités physiques et la déficience intellectuelle. Puisque EEAP est une initiative axée sur la collaboration qui rassemble plusieurs professionnels afin qu'ils dirigent les programmes, il peut fournir une gamme encore plus vaste de services à plus de personnes que les programmes individuels.

Parkland Regional Health Authority Psychogeriatric Program (Programme psychogériatrique de l'office régional de la santé de Parkland)

Les services fournis par ce programme psychogériatrique comprennent la prestation de spécialistes de la santé mentale au sein de la communauté, de l'hôpital et des installations de soins de santé de longue durée pour les personnes âgées. Le programme emploie des surveillants de la santé mentale qui travaillent avec les personnes âgées ainsi que des spécialistes qui viennent dans les régions. Il fournit aussi un accès à des médecins d'autres régions grâce à la télésanté et à la téléconférence.

Le programme s'implique dans le réseau provincial pour la gériatrie qui se réunit trimestriellement. Ce réseau représente vingt à trente disciplines, y compris les travailleurs de soutien et les infirmiers-ressources en santé mentale dans les établissements de soins de santé. Les travailleurs de soutien sont embauchés par le RHA et travaillent sous la direction des professionnels de soins de santé du RHA.

Les réunions d'inscriptions hebdomadaires sont une autre composante importante de ce programme. Le personnel de la santé mentale de la communauté, de l'unité des patients hospitalisés ainsi que des communautés rurales de Roblin et de Ste-Rose (via la téléconférence) y participent.

Télépsychiatrie dans le Nord-Ouest de l'Ontario Hôpital psychiatrique de Lakehead, Groupe de soins St-Joseph, Thunder Bay, (Ontario)

Afin de fournir un accès aux usagers requérant des soins psychiatriques et d'offrir un soutien de même que des recommandations aux médecins de famille, Community Mental Health Services (CMHS) (Services de santé mentale communautaires) a établi un service de consultation pour les soins axés sur la collaboration via la télépsychiatrie dans quatre communautés isolées du Nord-Ouest de l'Ontario qui sont privées de certains services.

Ce modèle de soins axés sur la collaboration entre les médecins de famille situés le long du lac Supérieur et l'équipe des CMHS de Thunder Bay a connu d'importants succès et a fait face à certaines limites, tant systémiques que cliniques, qui sont inhérentes à ce modèle.

Au moment de sa présentation, ce modèle n'en était qu'à ses premiers balbutiements. Avec le temps, l'objectif du programme sera de croître pour englober plus de communautés dans la zone desservie.

Dilico Ojibway Child and Family Services (Services pour les enfants et les familles de Dilico Ojibway) Psychiatric Consultation Services (Services de consultation psychiatrique) Hospital for Sick Children Telepsychiatry Program (Programme de télépsychiatrie de l'hôpital pour les enfants malades)

« Services pour les enfants et les familles de Dilico Ojibway » est un organisme intégré qui fournit des services de santé mentale, de protection de l'enfance et de santé communautaire. Ces services desservent treize Premières Nations au sein de la région Robinson-Superior Treaty du Nord-Ouest de l'Ontario ainsi que les populations autochtones résidant dans la ville de Thunder Bay, dans la ville et les agglomérations du district de Thunder Bay et dans une portion du district d'Algoma. Toutes les Premières Nations de cette région ont accès à une route dans la région rurale et isolée.

L'organisme travaille à partir de quatre bureaux de district situés à Pic Mobert, Long Lac, Nipigon et Armstrong, ainsi que d'un bureau régional situé dans la Première Nation Fort William dans la ville de Thunder Bay.

Les problèmes liés à la santé mentale et à la psychiatrie au sein des populations des Premières Nations posent un défi et sont de nature complexe. Pendant plusieurs années, les communautés des Premières Nations n'avaient aucun accès aux services psychiatriques. Depuis 2001, les Premières Nations de cette région ont pu bénéficier des services de consultations psychiatriques en vertu d'une entente de collaboration avec le Dr Jack Haggarty, un psychiatre consultant. Ce dernier a visité les communautés de la région et a rencontré des usagers. Il a également utilisé la vidéoconférence et rencontré les usagers à son bureau de Thunder Bay. Il a été une ressource précieuse pour les usagers des communautés des Premières Nations et des villes rurales.

La collaboration entre les médecins locaux et les conseillers en santé mentale du district Dilico a amélioré la gestion du cas des usagers atteints de maladie mentale grave. Le psychiatre consultant a fourni de l'aide pour le développement des capacités requises par les conseillers en santé mentale des Premières Nations, qui possèdent des qualités professionnelles, des diplômes de Collèges communautaires ou qui sont bénévoles au sein de leurs communautés. Ce service de consultation psychiatrique a récemment connu une croissance puisque des services de consultation par téléphone et par courriel sont maintenant offerts.

Dilico Ojibway Child and Family Services a signé un contrat pour des consultations de télépsychiatrie avec Hospital for Sick Children (l'Hôpital pour les enfants malades) de Toronto (Ontario). Dilico compte trois sites pour les vidéoconférences et l'Hospital for Sick Children emploie plus de 60 psychiatres et psychologues pour les enfants et les adolescents. Ces spécialistes fournissent des services de consultations et d'évaluations d'enfants et d'adolescents souffrant de problèmes émotifs et comportementaux. Dans le district de Thunder Bay et dans le Nord-Ouest de l'Ontario, où on emploie seulement un psychiatre pour enfants et adolescents, obtenir des services psychiatriques pour la gestion de cas d'individus souffrant de troubles émotifs et comportementaux graves était une réelle inquiétude. Le service actuel a été un outil précieux; il a permis d'apporter de l'aide aux psychothérapeutes en santé mentale pour enfants et a permis une meilleure gestion de cas pour les conseillers en santé mentale pour enfants. L'Hospital for Sick Children ainsi que des spécialistes sur les comportements pyromanes, les abus sexuels, les troubles de l'alimentation et les questions liées à l'identité sexuelle ont été utiles aux enfants souffrant de problèmes de santé mentale complexes. La prestation d'occasions de formation pour la gestion de cas et le counselling pour les enfants atteints du trouble de l'hyperactivité avec déficit d'attention (ADHD), de l'Oppositional Défiant Disorder (ODD), (Trouble Oppositionnel avec Provocation) (TOP) et d'autres problèmes comportementaux a été particulièrement utile pour les conseillers.

Ce modèle de collaboration psychiatrique spécialisée comprenant un psychiatre pour adultes qui visite les usagers et la télépsychiatrie (avec des psychiatres basés dans des hôpitaux du Sud de l'Ontario) a été une grande réussite. Les usagers qui avaient besoin de services, de même que les conseillers en santé mentale de la communauté qui avaient besoin du soutien d'un spécialiste pour la gestion de cas, de stratégies et d'approches de counselling, ont maintenant accès à ces services.

Annexe C : Outils et ressources

Prises de position provinciales/énoncés de politiques

Colombie-Britannique :

Politique de santé mentale

<http://www.healthservices.gov.bc.ca/bchealthcare/mentalhealth.html>

Meilleures pratiques en santé mentale et en toxicomanie

<http://www.healthservices.gov.bc.ca/mhd/best.html>

Faisant parti du ministère des services de santé, Santé rurale vise à fournir un leadership et du soutien aux initiatives axées sur la collaboration pour le développement de la santé rurale (2005).

<http://www.healthservices.gov.bc.ca/rural/>

Initiative de santé des régions rurales et isolées (RRHI) (2005)

<http://www.healthservices.gov.bc.ca/rural/initiative.html>

Augmentation des services de santé dans les communautés rurales et isolées de la Colombie-Britannique (1999)

<http://www.healthservices.gov.bc.ca/cpa/publications/rap.pdf>

Alberta :

Les stratégies de développement rural de l'Alberta aident les communautés rurales à croître (2005).

<http://www.gov.ab.ca/home/index.cfm?Page=1010>

<http://www.rural.gov.ab.ca/research/news-feb24d.pdf>

Document d'information sur les stratégies de développement rural (2005)

<http://www.rural.gov.ab.ca/research/news-feb24c.pdf>

Projet Umbrella, soins de santé primaires en Alberta (2001)

http://www.health.gov.ab.ca/Key/phc/resource/6.Activities_Report.pdf

Saskatchewan :

Étude sectorielle de santé mentale (2003) Sommaire

http://www.health.gov.sk.ca/ic_sk_mhlth_sec_study_es.pdf

Étude sectorielle de santé mentale (2003) Rapport final

http://www.sasked.gov.sk.ca/branches/programs/pdf/spp_mental_health.pdf

Lignes directrices pour l'élaboration d'un plan régional de santé pour la prestation de soins de santé primaires

http://www.health.gov.sk.ca/ph_phs_publications/phs_pub_guidelines_%20for_dev.pdf

Plan de rendement Santé 2005-06

<http://www.health.gov.sk.ca/Health%202005-06%20Performance%20Plan.pdf>

Le plan d'action pour les soins de santé en Saskatchewan (2003)

http://www.health.gov.sk.ca/hplan_health_care_plan.pdf

Manitoba :

Information sur la santé mentale et la toxicomanie

<http://www.gov.mb.ca/health/mh/>

Renouvellement de la santé mentale

<http://www.gov.mb.ca/health/mh/renewal.html>

Communiqués de presse sur les centres de soins de santé primaires

<http://www.gov.mb.ca/chc/press/top/2004/12/2004-12-01-03.html>

<http://www.gov.mb.ca/ana/newsrelease/2005-01-06.html>

Rapport annuel 2003/2004 du Manitoba

http://www.gov.mb.ca/ia/annualrpt/annual_report_2004.pdf

Présentation à la Commission sur l'avenir des soins de santé du Canada (2002)

<http://www.gov.mb.ca/health/documents/doer.pdf>

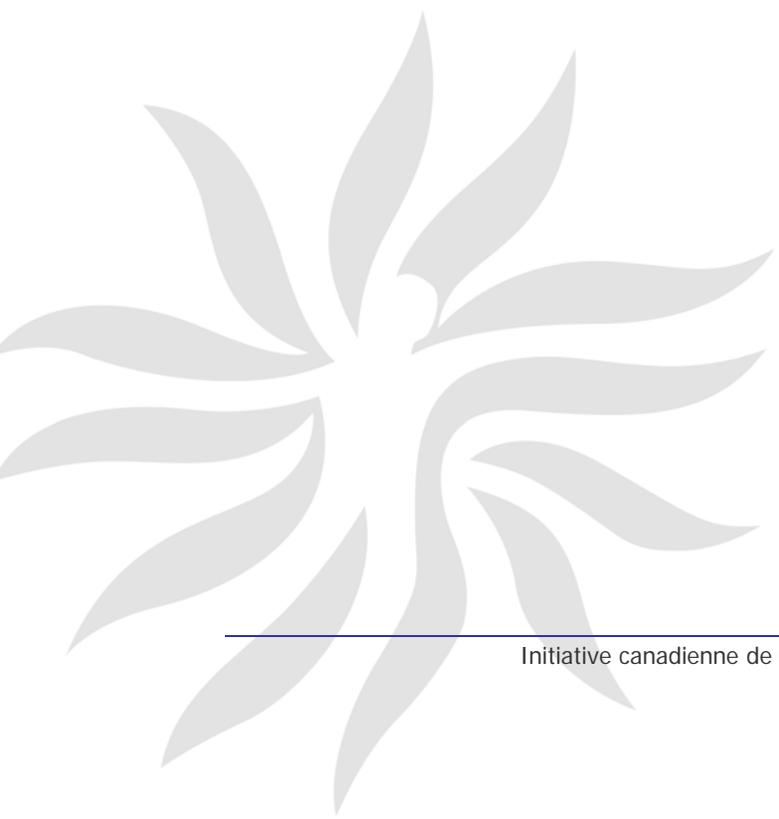
Communiqués de presse sur le réseau Télésanté (2002)

<http://www.gov.mb.ca/chc/press/top/2002/02/2002-02-25-02.html>

Pour une liste complète des initiatives canadiennes, y compris les descriptions et les coordonnées des personnes-ressources, veuillez consulter *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* (Pauzé et Gagné, 2005), disponible au www.iccsm.ca.

Personnes-ressources des provinces

Terre-Neuve et Canada atlantique	Peter Cornish, Ph.D. professeur associé et directeur University Counselling Centre (Centre d'orientation de l'Université) Université Memorial de Terre-Neuve	
Québec	Nancy Gagné, inf. bacc. Catherine Thériault-Fortier, T.S. Équipe de soins et services partagés en santé mentale Centre hospitalier régional du Grand-Portage	
Ontario	Jack Haggarty M.D. 580, rue Algoma Nord, Thunder Bay, (Ontario) P7B 5G4 Tél. : (807) 343-4394 Téléc. : (807) 346-5200 Courriel : haggartyj@tbh.net	Pat Rockman, Collège des médecins de famille (Ontario) « Réseau axé sur la collaboration »
Manitoba	Kimberley D. Ryan-Nicholls, professeure adjointe École d'études sur la santé, Université de Brandon	
Saskatchewan	Marilee Zaharia, Ph.D.	
Colombie-Britannique	Dr Rob Lehman, Roberts Creek, Colombie-Britannique	Programme Bridges, Sooke, C.-B.



Annexe D : Glossaire des termes et Index des acronymes

Glossaire des termes

Déterminants de la santé – Facteurs de la vie quotidienne et de l'environnement de travail d'une personne qui peuvent affecter sa santé (p. ex., hébergement, scolarité, revenus, emploi, culture, environnement physique, équité).

Gestion des maladies chroniques (GMC) – Approche systématique visant à améliorer les soins de santé dispensés aux personnes souffrant de maladies chroniques en les aidant à conserver leur autonomie et le meilleur état de santé possible grâce à la prévention, au dépistage précoce et à la gestion des états chroniques (Colombie-Britannique, Ministry of Health Services, 2004).

Interdisciplinaire – Gamme d'activités de collaboration entreprises par une équipe de deux individus ou plus englobant différentes disciplines qui appliquent les méthodes et les approches de leurs disciplines respectives.

Meilleures pratiques – Technique et méthodologie dont on a prouvé, par l'expérience et la recherche, la fiabilité à produire le résultat désiré. [Termes interchangeables : « pratiques exemplaires » et « bonnes pratiques »] (Santé Canada, 1998).

Prévention – Interventions axées sur les facteurs de risque de maladies spécifiques dans le but de prévenir la première apparition de la maladie, de freiner ou de retarder une maladie diagnostiquée et ses effets, ou de réduire les risques de rechutes.

Promotion de la santé – La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. (La Charte d'Ottawa, OMS, 1986).

Promotion de la santé mentale – Démarche visant à améliorer la capacité des individus et des collectivités à prendre en main leur vie et à améliorer leur santé mentale (Santé Canada, 1998).

Rétablissement – Processus unique et fondamentalement personnel consistant à changer d'attitude, de valeurs, de sentiments, de buts, d'aptitudes et de rôle. Il s'agit d'une façon de vivre une vie satisfaisante, remplie d'espoir et axée sur la participation malgré les limites infligées par la maladie. Le rétablissement nécessite de trouver un nouveau sens et un nouvel intérêt à sa vie après avoir appris à surmonter les effets dévastateurs de la maladie mentale (Anthony, 1993).

Soins de santé mentale primaires – Services de santé mentale qui sont dispensés dans le contexte des soins de santé primaires. Ils peuvent avoir lieu au cabinet des prestataires de soins de santé, dans les cliniques communautaires, sur les lieux de travail, dans les écoles, à domicile, dans les établissements de soins de santé, les foyers de personnes âgées, les maisons de repos, les établissements correctionnels et les centres de jour. Les soins de santé mentale primaires peuvent aussi être offerts par téléphone, par les services d'information en santé et par Internet.

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.

Soins de santé primaires axés sur la collaboration - Premier contact de l'individu avec la prestation de services du système de santé par deux intervenants différents ou plus (professionnels de la santé, usagers, familles, organisations de soins de santé primaires, organismes communautaires) qui travaillent conjointement au sein d'un partenariat caractérisé par :

- Des buts et un intérêt communs
- La reconnaissance et le respect des forces et des différences propres à chacun
- Une prise de décisions équitable et efficace
- Une communication claire et régulière

Dans le but :

- De faciliter l'accès à une gamme complète de services (traitement, promotion de la santé, prévention des maladies et des blessures, gestion des maladies chroniques et entraide) dispensés par le prestataire le plus approprié, à l'endroit le plus adéquat
- D'offrir efficacement des soins de santé de la plus haute qualité qui soit
- D'utiliser rationnellement les ressources
- D'améliorer les résultats pour l'utilisateur

Spécialiste de la santé mentale – Personne dotée d'une expertise en santé mentale, qu'elle soit reliée à la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic, le traitement ou la réhabilitation.

Index des acronymes

ADHD	Trouble de l'hyperactivité avec déficit d'attention (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)
ASIST	Formation appliquée sur les compétences d'intervention en cas de suicide (Applied Suicide Intervention Skills Training)
BASIS-32	Échelle de mesure de la gravité des symptômes psychiatriques (Behavior and Symptom Identification Scale)



BCFPI	Brève entrevue téléphonique avec la famille et l'enfant (Brief Child Family Phone Interview)
CAFAS	Échelle d'évaluation fonctionnelle des enfants et des adolescents (Child and Adolescent Functional Assessment Scale)
CMHS	Services de santé mentale communautaires (Community Mental Health Services)
DATIS	Centre d'information sur le dépistage des drogues (Drug and Alcohol Treatment Information System)
EEAP	Programme alternatif de recherche d'emploi (Employment Exploration Alternative Program)
GMC	Gestion des maladies chroniques (Chronic Disease Management)
ICCSM	Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (Canadian Collaborative Mental Health Initiative)
InterRAI	Instrument international d'évaluation des résidents, évaluation de la santé mentale et de la toxicomanie (Resident Assessment Instrument, mental health and addiction screener)
OMS	Organisation mondiale de la santé (World Health Organization)
OMS/DAS	Organisation mondiale de la santé – Programme d'évaluation de l'incapacité (World Health Organization Disability Assessment Schedule) (Oppositional Defiant Disorder)
PACE	People Advocating for Change and Empowerment
PACES	Comité consultatif pour le soutien à l'emploi de Parkland (Parkland Advisory Committee for Empowerment Support)
RHA	Office régional de la santé (Regional Health Authority)
SASSI	Test de dépistage de l'alcoolisme, centre de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie (Substance Abuse Subtle Screening Inventory)
SHR	Saskatoon Health Region
SOCRATES	Échelle des étapes de la capacité au changement et du désir d'être traité (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale)
TAPPC	Programme de prévention Arson pour les enfants (The Arson Prevention Program for Children)
TOP	Trouble oppositionnel avec provocation



Série de trousse d'outils

Cette trousse d'outils fait partie d'une série de douze trousse d'outils.

Trousse d'outils de mise en œuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs

1. Collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires : Une trousse d'outils sur la planification et la mise en œuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs.
Une série de documents d'accompagnement pour la trousse d'outils de l'ICCSM sur la planification et la mise en œuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs. Établissant des initiatives axées sur la collaboration entre les soins de santé mentale et les soins de santé primaires pour les
2. Populations autochtones
3. Enfants et adolescents
4. Populations ethno-culturelles
5. Personnes atteintes d'une maladie mentale grave
6. Personnes ayant des problèmes de toxicomanie
7. Populations rurales et isolées
8. Personnes âgées
9. Populations urbaines marginalisées

Trousse d'outils pour les usagers, les familles et les aidants naturels

10. Travaillant ensemble vers le rétablissement : les usagers, les familles, les aidants naturels et les prestataires de soins
11. Vers le rétablissement : Guide de santé mentale pour les peuples des Premières Nations

Trousse d'outils pour les éducateurs

12. Renforcer la collaboration par la formation interprofessionnelle : Une ressource pour la collaboration entre les éducateurs en santé mentale

Une série de documents qui examinent les divers aspects des soins de santé mentale axés sur la collaboration accompagnent ces trousse d'outils :

- | | |
|----------------------------|--|
| 1. Obstacles et stratégies | 7. Initiatives internationales [non publié] |
| 2. Cadre de travail | 8. Ressources humaines dans le domaine de la santé |
| 3. Bibliographie annotée | 9. Prévalence de la maladie mentale et utilisation des services connexes |
| 4. Meilleures pratiques | 10. Formation interprofessionnelle |
| 5. Initiatives canadiennes | 11. Santé mentale des Autochtones [non publié] |
| 6. Examen des politiques | 12. État des soins de santé mentale axés sur la collaboration |

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 Knoop

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 Breault

Karen Cohen

Société canadienne de psychologie

Scott Dudgeon

Directeur général

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
communications

Enette Puzé, Coordonnatrice de recherche

Enric Ribas, Assistant en graphisme

Shelley Robinson, Adjointe administrative

Initiative canadienne de collaboration
en santé mentale

2630 avenue Skymark

Mississauga, Ont. L4W 5A4

Tél. : (905) 629-0900

Télec. : (905) 629-0893

Courriel : info@iccsm.ca

www.iccsm.ca