

Les soins primaires en santé mentale: importance et composantes clé pour l'optimisation des services

Marie-Josée Fleury¹,
professeure agrégée,
département de psychiatrie,
université McGill; chercheuse,
Institut universitaire en santé
mentale Douglas; directrice
scientifique, Centre de
réadaptation en dépendance
de Montréal, Institut
universitaire.

MOTS CLEFS : santé publique,
système de santé, santé
mentale, échelonnement.

Réforme des soins en santé mentale : une question mondiale

L'importance des troubles mentaux ne fait plus aucun doute. Ils pèsent lourdement sur la qualité de vie des personnes atteintes et de leur entourage, notamment parce qu'ils sont souvent associés à la stigmatisation et à ses diverses répercussions, telles que l'isolement et la non-employabilité. L'Organisation mondiale de la santé estime que, d'ici 2030, ces problèmes constitueront la principale cause de morbidité dans les pays industrialisés^{2, 3, 4}.

1. Fleury, M.-J., L. Farand, D. Aubé and A. Imboua (2012), « La prise en charge des troubles de santé mentale chez les omnipraticiens du Québec/Management of mental health problems by general practitioners in Quebec ». *Canadian Family Physician*, December, 58 (12): 725-738 (English and French versions).

2. Mathers, C. and D. Loncar (2006), « Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030 », *PLoS Medicine*, 3(11), e442.

3. Demyttenaere, K. et coll. (2004), « Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys », *Journal of the American Medical Association*, 291(21), 2581-2590.

4. Organisation mondiale de la santé. (2001), *Rapport sur la santé dans le monde, 2001 – La santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs*, Genève, OMS.

La Belgique n'est pas la seule à vouloir réformer son système de soins en santé mentale. Beaucoup de ceux qui s'y attellent ailleurs constatent l'importance de la première ligne, de la pluridisciplinarité, du travail en réseau. Marie-Josée Fleury¹ donne ici un bref aperçu d'observations faites au niveau international, qu'elle est venue présenter aux maisons médicales lors du colloque organisé par la Fédération des maisons médicales en octobre 2014.

Cependant, seul un tiers des personnes concernées utilisent des services de santé pour raison de santé mentale. Plusieurs pays ont dès lors consenti des efforts substantiels ces dix dernières années pour réformer leur système de santé mentale, notamment la Belgique et le Québec: il s'agit particulièrement de consolider les services offerts dans la communauté, et de renforcer les soins de santé primaires ainsi que la dispensation de traitements dès l'apparition des premiers symptômes de trouble mental. Ces transformations visent aussi, parallèlement, à diminuer les taux d'hospitalisation et les séjours hospitaliers.

Ce courant de transformation est associé au «virage ambulatoire»; il s'accompagne de programmes de réadaptation dans la communauté et d'un dispositif d'hébergement pour les usagers, conceptualisé selon un continuum progressif d'encadrement. Dans ce continuum, l'hébergement autonome avec soutien s'est progressivement imposé comme le modèle privilégié⁵.

5. Piat, M. et coll. (2008), «Housing for persons with serious mental illness: consumer and service provider preferences», *Psychiatric Services*, 59(9), 1011-1017.

Quelques données épidémiologiques

Au plan international, la prévalence des troubles mentaux sur une année est évaluée entre 4 % et 26 %⁶. Au Canada et en Belgique, environ 15 % de la population est annuellement affectée par des troubles mentaux⁷. De 15 % à 50 % des personnes aux prises avec des troubles mentaux ont aussi des troubles concomitants tels que le diabète, les maladies cardiovasculaires et la toxicomanie⁸.

Plusieurs troubles mentaux sont de nature chronique, notamment la schizophrénie, la dépendance et la dépression dont les probabilités de rechutes augmentent avec le nombre d'épisodes de soins.

Ces dernières années, dans plusieurs pays industrialisés - notamment la Belgique et le Canada - les troubles de santé mentale sont l'une des premières causes d'absentéisme au travail, devant la plupart des maladies physiques⁹.

6. Piat, M. et coll. (2008), "Housing for persons with serious mental illness: consumer and service provider preferences", *Psychiatric Services*, 59(9), 1011-1017.

7. Kisely, S. et coll. (2009), "Use of administrative data for the surveillance of mental disorders in 5 provinces", *Revue canadienne de psychiatrie*, 54(8), 571-575. Et Gisle, L. (2008), *Enquête de santé par interview*, Institut scientifique de santé publique, Direction opérationnelle Santé publique et surveillance, Belgique.

8. Jones, L. E., W. Clarke and C. P. Carney. (2004), "Receipt of diabetes services by insured adults with and without claims for mental disorders", *Medical Care*, 42(12), 1167-1175.

9. Kirby, M. J. et W. J. Keon. (2006). *De l'ombre à la lumière. La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*, rapport Kirby, Ottawa, Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

D'autres solutions alternatives à l'hospitalisation des usagers sont élaborées en vue de favoriser leur rétablissement: modèles de suivi intensif (d'intensité variable), de gestion de cas (ou *case management*), équipes mobiles de crise ou ambulatoires de longue durée. Des programmes de soutien au travail ou d'activités de jour favorisant l'intégration optimale des usagers dans la communauté sont aussi encouragés; ces programmes sont orientés vers l'accroissement de l'« empowerment », autrement dit du « pouvoir d'agir » des usagers.

Les soins de santé primaires : incontournables

De plus en plus d'études internationales indiquent que les pays ayant consolidé leurs soins primaires ont une population en meilleure santé¹⁰. Elles montrent aussi que les services dans la communauté, les interventions précoces et de résolution des crises sont associés à des résultats positifs¹¹.

La mise en place de « bonnes pratiques » est également au cœur des enjeux des réformes actuelles: il s'agit de déployer des dispositifs de soins qui ont fait l'objet de preuves scientifiques, de revues systématiques, de méta-analyses ou du moins de consensus d'experts quant à leurs impacts positifs sur le système, les pratiques et les usagers. Le but est bien entendu d'optimiser le

Le médecin de famille est au cœur du dispositif de soins; mais il doit être fortement épaulé par des professionnels psychosociaux et des psychiatres.

dispositif de soins et de mieux répondre aux besoins des usagers.

Les médecins de famille ont un rôle clé en la matière, et j'évoquerai ici quelques modèles clés d'organisation des soins visant l'optimisation de cette fonction pour la santé mentale.

10. Starfield, B., L. Shi and J. Macinko. (2005), "Contribution of primary care to health systems and health", *Milbank Quarterly*, 83(3), 457-502.

11. Starfield, B., L. Shi and J. Macinko. (2005), "Contribution of primary care to health systems and health", *Milbank Quarterly*, 83(3), 457-502.

Les médecins généralistes: un rôle central qui doit être soutenu

Plusieurs études confirment l'importance de la prise en charge des troubles mentaux par les médecins de famille, spécifiquement lorsqu'il s'agit de problèmes courants comme la dépression ou les troubles anxieux. Non seulement la prévalence des troubles mentaux est élevée parmi la patientèle des médecins de famille, mais ces troubles sont associés à un plus grand nombre de visites par an ainsi qu'à des visites de plus longue durée.

En général, les médecins de famille s'estiment compétents pour traiter les troubles mentaux courants de manière adéquate. Par contre, ils estiment que leur compétence est insuffisante pour traiter les troubles mentaux graves tels que la schizophrénie, qu'ils prennent d'ailleurs globalement moins en charge.

La littérature met en relief la multiplicité des facteurs qui influencent la prise en charge des troubles mentaux par les médecins de famille. Différents facteurs font obstacle à cette prise en charge. Ils sont associés, soit au profil des patients - complexité des troubles, existence concomitante d'un problème de toxicomanie par exemple; soit à la culture professionnelle - travail en silo¹², manque de temps...; ou encore, à l'organisation des services: insuffisance d'accès aux ressources, manque de mécanismes de coordination formalisés avec les autres dispensateurs de soins, etc.

Plusieurs facteurs facilitants peuvent être repérés. Certains sont liés aux caractéristiques des omnipraticiens: réseaux informels de collaboration interprofessionnelle, formation en santé mentale, capacités d'empathie. D'autres tiennent à la spécificité du milieu organisationnel: pratique de groupe, travail interdisciplinaire, salariat (tel qu'en Belgique le modèle des maisons médicales) ou encore à l'environnement: politiques nationales et leadership médical favorisant l'amélioration des soins primaires de santé mentale.

Les études soulignent globalement les conditions non optimales dans lesquelles les médecins de famille exercent pour la prise en charge des troubles mentaux. C'est entre autres, de manière spécifique, l'insuffisance du travail interdisciplinaire et de l'accès aux ressources psychosociales et psychiatriques. L'intensité du suivi par les médecins de famille, lors du traitement de

troubles mentaux est aussi trop souvent rapportée comme étant en-deçà des lignes directrices des bonnes pratiques (10 consultations/an pour la dépression¹³).

Les soins partagés: différents modèles d'interventions

La recherche montre de plus en plus qu'il est important, pour une meilleure efficacité, d'augmenter l'accès à des interventions bio-psycho-sociales conçues par étapes (*step care*), en fonction de la sévérité de la maladie.

13. Fleury, M.-J. and G. Grenier (2012), *Primary mental healthcare and integrated services.* "Mental Illnesses – Evaluation, Treatments and Implications, Luciano L'Abate (Ed.), ISBN: 978-953-307-645-4, InTech, available from:

<http://www.intechopen.com/articles/show/title/primary-mental-healthcare-and-integrated-services>

Les soins partagés

Différents modèles de soins partagés sont recensés dans la littérature. Un premier modèle, intitulé « coordination-consultation » (*consultation-liaison model*), correspond à celui qui est privilégié au Québec: il s'agit de la mise en place d'une fonction de « psychiatre-répondant » étroitement associé à des médecins de famille et à une équipe de santé mentale de première ligne sur un territoire donné. Ce psychiatre-répondant, aidé ou non d'une équipe multidisciplinaire spécialisée soutient ainsi les médecins de famille dans la dispensation des soins de santé mentale à travers différentes stratégies: visites sur place, rencontres avec l'omnipraticien ou l'équipe de santé mentale de première ligne, avec ou sans l'utilisateur, ligne téléphonique ou courriel facilitant la communication, etc.).

Un deuxième modèle, dénommé « accompagnement/liaison » (*attachement model*), associe un ou plusieurs professionnels de santé mentale (dont le psychiatre) lesquels sont pleinement intégrés à l'équipe de soins de santé primaires.

12. Ce terme qualifie une organisation cloisonnée, à l'opposé d'un réseau de soins intégré.

D'autres pratiques sont également recommandées: le soutien à l'autogestion des soins, pour encourager la responsabilisation et le pouvoir d'agir des usagers; le recours gratuit à la psychothérapie, tel qu'il a été introduit notamment par les réformes en Grande-Bretagne et en Australie; l'accompagnement du patient, qui peut être réalisé par une infirmière, pour suivre l'adhésion aux médicaments et les risques de rechutes.

Ces interventions appellent à un travail interdisciplinaire où le médecin de famille est au cœur du dispositif de soins; mais il doit être fortement épaulé par des professionnels psychosociaux et des psychiatres.

Plusieurs pays ont progressivement promu les soins partagés; c'est notamment le cas de la Grande Bretagne, de l'Australie, de la France, du Canada et des États-Unis. Ce type de soins implique une collaboration étroite entre les médecins de famille, les psychiatres et les ressources psychosociales de santé mentale¹⁴.

Certains modèles incluent aussi des stratégies visant à améliorer la formation des médecins de famille en santé mentale (dont le déploiement de communautés de pratique),

14. Kates, N. et coll. (2011), "The evolution of collaborative mental health care in Canada: A shared vision for the future", *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5), 1-12.

des gestionnaires de cas qui font la liaison entre les usagers et les médecins, ainsi que d'autres procédures de soutien clinique (exemple: grilles standardisés de dépistage et de diagnostic, protocoles de soins). Le soutien à la première ligne peut aussi provenir d'autres professionnels de la santé mentale, notamment de psychologues exerçant au niveau des services spécialisés ou d'experts en toxicomanie.

Les soins partagés visent le renforcement des compétences des professionnels de santé de première ligne (dont les médecins de famille) dans la prise en charge des troubles mentaux et une meilleure collaboration entre les lignes de services (dont les psychiatres et intervenants bio-psycho-sociaux) en vue de répondre plus adéquatement aux besoins des personnes souffrant de troubles mentaux.

Soutenir la multidisciplinarité

En conclusion, la majorité des études confirment que des interventions multidisciplinaires et intégrées apportent des bénéfices supérieurs aux interventions d'un seul professionnel¹⁵. Plusieurs stratégies sont donc disponibles pour mieux soutenir les médecins de famille dans leur pratique en santé mentale. Des efforts importants doivent néanmoins être déployés afin d'introduire ces innovations et réformes. ■

15. Kates et coll., op.cit.



Il s'agit particulièrement de consolider les services offerts dans la communauté et de renforcer les soins de santé primaires.