

LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE

POSITION DE L'AIIC

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) croit que les services de santé mentale¹ doivent faire partie intégrante du système de santé. Pour l'Association, les services de santé mentale comprennent la prévention de la maladie, la promotion de la santé, la détection des problèmes, le diagnostic, le traitement/l'intervention, ainsi que la réadaptation.

L'AIIC croit que la possibilité d'avoir accès à des services appropriés de santé mentale contribue au bien-être physique, psychique et affectif des personnes, des familles et des communautés. Par « appropriés », l'Association entend des services de santé mentale qui sont assez souples pour répondre à la variété des besoins individuels des patients/clients. L'Association croit aussi que des services de santé mentale appropriés sont offerts de façon à respecter les croyances et les préférences culturelles de chaque patient/client, des membres de sa famille et des soignants.

L'AIIC reconnaît que les patients/clients qui ont besoin de services de santé mentale sont des partenaires dans la prise des décisions qui portent sur leurs soins de santé. Le cas échéant, ce partenariat s'étend aux membres de leur famille, aux soignants et aux réseaux d'entraide.

L'AIIC croit que les professionnels de la santé doivent faire connaître aux personnes, aux familles et aux soignants l'éventail des services de santé mentale disponibles, à la fois dans le système de services de santé et de services sociaux financés par l'État et dans le cadre d'options financées par des fonds privés.

L'AIIC croit qu'il est possible de renforcer l'accès à des services appropriés de santé mentale en favorisant une collaboration efficace entre les professionnels de la santé, les personnes, les familles et les soignants. L'AIIC a formulé sa position au sujet de la collaboration efficace dans un énoncé de position distinct².

L'AIIC reconnaît qu'il faut améliorer l'accès aux services de santé mentale dans les milieux de soins de première ligne*. L'Association accepte de collaborer avec les autres intervenants du secteur de la santé pour appuyer l'élaboration de politiques, de mesures législatives et de mécanismes de financement qui faciliteront l'accès aux services de santé mentale.

CONTEXTE

Selon le *Rapport sur les maladies mentales au Canada* (2002) de Santé Canada, un adulte canadien sur cinq sera personnellement aux prises avec une maladie mentale pendant un an³. Kasman et Hay concluent que seulement

* N.D.T. : Dans la version française de ce document, l'expression *soins de première ligne* a été privilégiée par rapport à « soins primaires » pour éviter la confusion avec les « soins de santé primaires ».

¹ L'énoncé désigne à la fois la santé mentale (définie comme un sentiment d'aise face à sa propre personne et de sécurité dans le contexte des relations interpersonnelles) et la maladie mentale (trouble pouvant être diagnostiqué, caractérisé par des altérations de l'humeur, du comportement, de la pensée, ou par plusieurs de ces phénomènes, et associé à de la détresse et à une altération du fonctionnement pendant une période donnée).

² (Voir AIIC, 2006)

³ (Santé Canada, 2002, p.17)



61 % des personnes ayant déjà eu un problème ou un trouble de santé mentale autodéclaré ont consulté un professionnel à ce sujet au cours de leur vie⁴.

Les préoccupations en santé mentale peuvent inclure de nombreux problèmes allant des toxicomanies et de la consommation de substances intoxicantes jusqu'aux psychoses, en passant par la dépression et l'anxiété. Des problèmes de santé mentale peuvent coexister avec des problèmes physiques ou être reliés à ceux-ci.

Des données récentes tirées du *Rapport sur les maladies mentales au Canada* indiquent que jusqu'à 70 % des consultations auprès des prestataires de soins de première ligne portent sur des problèmes reliés à la santé mentale⁵. Cela donne une idée du rôle important que les soins de première ligne peuvent jouer pour déterminer et traiter les problèmes de santé mentale de la population canadienne.

La Déclaration d'Alma Alta adoptée par l'Organisation mondiale de la Santé en 1983 a donné de l'essor à l'intégration de la santé mentale et des soins de première ligne⁶. Aussi bien les pays riches que les pays pauvres ont étudié la question au niveau des politiques nationales, mais c'est dans des pays à faible revenu que se trouvent certains des modèles les plus avancés de soins de première ligne en santé mentale, l'organisation de ces soins y étant étroitement alignée sur l'application d'un paradigme de la santé publique⁷.

Les raisons invoquées pour justifier l'intégration des soins de première ligne et des soins de santé mentale constituent un sujet fréquemment abordé dans les publications. Blount (1998) et Lester *et al.* (2004) discutent de la façon dont cette intégration utilise les points forts des soins de première ligne, évite la dichotomie corps-esprit et encourage de nouvelles façons de penser au sujet de la santé mentale. On peut regrouper les motifs de l'intégration selon trois grandes catégories : le patient/client, le système local/la collectivité et le système général. Les soins de première ligne en santé mentale peuvent traiter en un même lieu diverses dimensions des problèmes d'une personne, et beaucoup de gens se présentent à des services de soins de première ligne avec des problèmes de santé mentale sans même savoir que leurs problèmes sont d'ordre psychologique ou mental⁸. Les traitements qui apaisent le mieux la souffrance du patient/client sont aussi ceux qui sont les mieux observés⁹. On note une amélioration des résultats pour le patient/client parce que les soins qui lui sont fournis bénéficient de la stabilité des communications entre les membres de l'équipe, ainsi que de la coordination des soins cliniques en fonction des besoins, deux éléments caractéristiques des soins en collaboration¹⁰.

Le travail en collaboration améliore la qualité des soins parce que le personnel de première ligne concentre son attention sur l'état fonctionnel des patients/clients plutôt que simplement sur leurs symptômes¹¹. L'approche centrée sur l'équipe de soins en santé mentale est établie dans nombre de pays¹². On suit cette démarche aux États-Unis, en Australie, au Canada et en Grande-Bretagne pour prodiguer des soins de santé mentale spécialisés (p. ex., suivi intensif dans le milieu). L'approche centrée sur l'équipe de soins a été appliquée aussi aux soins de première ligne en santé mentale, particulièrement en Angleterre. Les publications signalent de nombreux avantages du travail d'équipe en santé mentale dans le secteur des soins de première ligne¹³.

⁴ (Cité dans Gagné, 2005, p. 2)

⁵ (Santé Canada, 2002)

⁶ (Jenkins, McCulloch et Parker, 1998; Jenkins et Strathdee, 2000)

⁷ (Jenkins et Strathdee, 2000)

⁸ (Peek et Heinrich, 1995)

⁹ (Blount, 1998; Bazelon Center for Mental Health Law, 2004)

¹⁰ (Dea, 2000)

¹¹ (Badger et Nolan, 2002)

¹² (Freeman *et al.*, 2002)

¹³ (Buszewicz, 1998; Borrill *et al.*, 2000; Hart, 1999; Badger et Nolan, 2002; Zeiss et Gallagher-Thompson, 2003)

La permission de diffuser est accordée. Prière de mentionner l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

Association des infirmières et infirmiers du Canada, 50, Driveway, Ottawa (Ontario) K2P 1E2
Tél. : (613) 237-2133 ou 1-800-361-8404 Téléc. : (613) 237-3520
Site web : www.cna-aiic.ca Courriel : info@cna-aiic.ca



Plus de 12 000 infirmières et infirmiers œuvrant dans la communauté, les hôpitaux, les prisons, les refuges pour itinérants et dans la rue offrent des soins et des services spécialisés dans le domaine de la santé mentale, des maladies mentales et des toxicomanies. De nombreux articles décrivent l'intervention des infirmières et infirmiers dans tout un éventail de modèles fondés sur la collaboration. McCann et Baker (2003), Badger et Nolan (1999) et Roberts et Priest (1997) décrivent des modèles de liaison avec des spécialistes dans le contexte desquels des infirmières faisant partie d'équipes communautaires de santé mentale ont collaboré avec des cliniques ou cabinets de médecine générale au sujet de personnes qui avaient des besoins en santé mentale. McCann et Baker (2003), Shannon-Jones *et al.* (2003) et Badger et Nolan (1999) décrivent des programmes dans le cadre desquels des infirmières communautaires avaient des contacts étroits avec des omnipraticiens à l'occasion de la prise en charge de patients/clients traversant un épisode aigu de maladie mentale. Lyles *et al.* (2003) et Badger et Nolan (1999) discutent de modèles de remplacement dans le cadre desquels des infirmières praticiennes étaient responsables d'exécuter sans intermédiaire, mais en comptant sur l'appui de médecins et d'autres professionnels, des interventions à facettes multiples auprès de patients/clients qui avaient des problèmes somatiques. Hales *et al.* (1998) décrivent un modèle semblable dans le cadre duquel des infirmières praticiennes ont géré directement des dossiers de clients/patients en santé mentale. D'autres professionnels, notamment des médecins, apprécient le rôle et la participation des infirmières et les soins en collaboration¹⁴.

Approuvé par le conseil d'administration de l'AIIC en novembre 2005

Références

- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2006). *La collaboration interprofessionnelle* [Énoncé de position]. Ottawa : auteur.
- Atkin, K. et Lunt, N. (1996). The role of the practice nurse in primary health care: Managing and supervising the practice nurse resource. *Journal of Nursing Management*, 4(2), 85-92.
- Badger, F. et Nolan, P. (1999). General practitioners' perceptions of community psychiatric nurses in primary care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6(6), 453-459.
- Badger, F., & Nolan, P. (dir.). (2002). *Promoting collaboration in primary mental health care* (pp. xi-v; 3-19; 248-264). Cheltenham: Nelson Thornes.
- Bazon Center for Mental Health Law. (2004). *Get it together: How to integrate physical and mental health care for people with serious mental disorders*. Washington, DC : auteur. Sommaire disponible à : <http://www.bazon.org/issues/general/publications/getittogether/execsumm.htm> OU <http://www.bazon.org/issues/general/publications/getittogether/execsummary.pdf>
- Blount, A. (1998). Introduction to integrated primary care. Dans A. Blount, (dir.), *Integrated primary care: The future of medical and mental health collaboration* (pp. 1-43). New York : Norton.
- Borrill, C., Carletta, J., Carter, A. J., Dawson, J. F., Garrod, S., Rees, A. *et al.* (2000). *The effectiveness of health care teams in the National Health Service*. Disponible à : <http://homepages.inf.ed.ac.uk/jeanc/DOH-final-report.pdf>
- Buszewicz, M. (1998). Mental health teamwork in primary care. *International Review of Psychiatry* 10, 119-122.
- Dea, R. A. (2000). The integration of primary care and behavioral healthcare in Northern California Kaiser-Permanente. *Psychiatric Quarterly*, 71(1), 17-29.

¹⁴ (Atkin et Lunt, 1996; Badger et Nolan, 1999; Walker *et al.*, 2000)



- Freeman, G., Crawford, M., Weaver, T., Low, J., et de Jonge, E. (2002). *Promoting continuity of care for people with severe mental illness whose needs span primary, secondary and social care: A multi-method investigation of relevant mechanisms and contexts*. Londres : National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D.
- Gagné, M.-A. (2005). *Avancement des objectifs des soins de santé mentale axés sur la collaboration*. Mississauga (ON) : Initiative canadienne de collaboration en santé mentale. Disponible à : www.ccmhi.ca/fr/products/documents/FR_Advancing_small_Sept2.pdf
- Hales, A., Karshmer, J., Montes-Sandoval, L. et Fiszbein, A. (1998). Preparing for prescriptive privileges: A CNS-physician collaborative model: Expanding the scope of the psychiatric-mental health clinical nurse specialist. *Clinical Nurse Specialist*, 12(2), 73-80.
- Hart, C. (1999). Keeping teams together. *Nurse Times*, 95(37), 48-49.
- Jenkins, R., McCulloch, A. et Parker, C. (1998). *Supporting governments and policy makers on mental health policy*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
- Jenkins, R., et Strathdee, G. (2000). The integration of mental health care with primary care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(3-4), 277-91.
- Lester, H., Glasby, J., et Tylee, A. (2004). Integrated primary mental health care: Threat or opportunity in the new NHS? *British Journal of General Practice*, 54(501), 285-291.
- Lyles, J. S., Hodges, A., Collins, C., Lein, C., Given, C. W., Given, B., et al. (2003). Using nurse practitioners to implement an intervention in primary care for high-utilizing patients with medically unexplained symptoms. *General Hospital Psychiatry*, 25(2), 63-73.
- McCann, T. V. et Baker, H. (2003). Models of mental health nurse-general practitioner liaison: Promoting continuity of care. *Journal of Advanced Nursing* 41(5), 471-479.
- Peek, C. J., et Heinrich, R. L. (1995). Building a collaborative healthcare organization: From idea to invention to innovation. *Family Systems Medicine*, 13, 327-342.
- Roberts, P., et Priest, H. (1997). Achieving interprofessional working in mental health. *Nursing Standard*, 12(2), 39-41.
- Santé Canada. (2002). *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Ottawa : auteur. Disponible à : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmact/pdf/men_ill_f.pdf
- Shannon-Jones, S., Surridge, A. et Boden, J. (2003). Developing an integrated mental health nursing team. *Nursing Standard*. 17(27), 41- 44.
- Walker, L., Barker, P. et Pearson, P. (2000). The required role of the psychiatric-mental health nurse in primary health-care: An augmented Delphi study. *Nursing Inquiry*, 7(2), 91-102.
- Zeiss, A., Gallagher-Thompson, D. (2003). Providing interdisciplinary geriatric team care: What does it really take? *Clinical Psychology* 10(1), 115-123.