

# Soins aux patients souffrant de graves maladies mentales par des médecins de famille

*Recours à une approche axée sur le cas*

Mel Krass MD PhD FCFP Jill Aichele NP-PHC MSN

**S**elon un sondage national<sup>1</sup>, la majorité des médecins de famille sont d'avis que l'accès aux soins psychiatriques au Canada et en Ontario est médiocre. De plus, selon les prévisions, le nombre de psychiatres par habitant devrait diminuer dans le futur. Par le passé, les patients souffrant de problèmes mentaux sérieux pouvaient souvent dire qu'ils avaient leur propre psychiatre. De nos jours, il est plus fréquent qu'un patient ne voit un psychiatre que pour une consultation. Dans ce modèle, le psychiatre fournit au médecin de soins primaires un rapport complet qui indique les antécédents du patient, son diagnostic, des renseignements sur les axes, de même qu'une recommandation thérapeutique qui inclut généralement diverses options dans l'éventualité où le premier choix ne serait pas efficace. Dans certains cas, le psychiatre voit le patient pendant une période de temps ou pour un suivi, et ce, seulement si le patient est gravement malade et que seul un psychiatre qualifié est en mesure de le prendre en charge.

Dans la région de Niagara, en Ontario, seuls quelques psychiatres voient des patients à long terme, et la plupart n'acceptent des patients que pour une consultation. On peut qualifier ce système d'institutionnel et épisodique plutôt que centré sur le patient. Ce modèle institutionnel de consultation s'est infiltré dans la prise en charge de ceux dont la maladie mentale est plus grave, sans qu'il y ait eu, à notre connaissance, de discussions publiques, sans qu'on comprenne clairement les implications de ces changements et sans que soient établis les soins de suivi nécessaires pour assurer que ces personnes vulnérables sont soignées en fonction de leurs besoins. Il existe de nombreuses organisations communautaires locales qui offrent d'excellents programmes (p. ex. IMPACT [Integrated Mobile Program for Acute Community Treatment], du système de santé de Niagara<sup>2</sup>, le programme Safe Bed, de l'Association canadienne pour la santé mentale de Niagara<sup>3</sup>, et les services en cas de crise de Pathstone Mental Health<sup>4</sup>), mais ces organisations fonctionnent souvent isolément les unes des autres et ne coordonnent pas les services avec les

professionnels des soins primaires. Les patients n'ont souvent personne pour défendre leurs intérêts, et les obstacles sont fréquents en matière d'accessibilité, de prise en charge de la médication et des autres éléments des soins. Cette situation est fréquente dans la province de l'Ontario et le reste du Canada. De nombreuses données probantes démontrent que des modèles en collaboration établis dans les milieux de soins primaires fonctionnent très bien pour traiter les problèmes de santé mentale<sup>5-7</sup>. De fait, le but était antérieurement de s'éloigner des soins en établissement pour offrir des soins holistiques plus complets et centrés sur les patients, parce que les patients atteints de maladies mentales graves ont souvent de multiples comorbidités, y compris des problèmes physiques et de dépendance, de même que des difficultés familiales et sociales, comme la pauvreté et les problèmes de logement.

## Soins axés sur le cas pris en charge en pratique familiale

Les soins en pratique familiale pour les personnes souffrant de maladies mentales plus communes, moins sérieuses et incapacitantes font maintenant couramment partie des pratiques en groupe, y compris, sans s'y limiter, les équipes de santé familiale, les centres de santé communautaires et les groupes de pratique familiale. L'efficacité de cette approche a fait l'objet de nombreuses études<sup>5-7</sup> et elle est décrite comme un modèle en collaboration. Par ailleurs, la prestation du traitement des maladies mentales plus sérieuses dans les cliniques de médecins de famille n'est pas pratique courante. Les avantages pour les patients, si la démarche est mise en œuvre avec succès, résident dans une meilleure accessibilité, un lieu confortable et différent d'un établissement, et une approche plus complète et intégrée. Ce modèle améliore aussi la collaboration entre psychiatres et médecins de soins primaires, et l'intégration de la santé mentale dans les soins primaires peut entraîner un déploiement des ressources plus judicieux et plus efficace. Un article publié par l'Association canadienne pour la santé mentale met en évidence que la maladie mentale sévère pourrait être prise en charge selon les principes du traitement des maladies chroniques au moyen d'une approche complète et holistique<sup>8</sup>.

De 2002 à 2003, le gouvernement fédéral a offert des subventions à l'échelle du Canada pour élaborer des

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.  
*Can Fam Physician* 2016;62:969-71

This article is also in English on page 956.

approches novatrices en santé mentale et en traitement de la toxicomanie, investissement motivé par la publication du rapport sur la santé mentale *De l'ombre à la lumière par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie*<sup>9</sup>. L'équipe de santé familiale Niagara Medical Group a réussi à obtenir une subvention pour étudier et mettre en œuvre une approche holistique axée sur le cas en pratique familiale pour le traitement de patients souffrant de maladies mentales plus sérieuses dans sa clinique. Le groupe se trouve à Niagara Falls, en Ontario, et compte 9 médecins de famille, 3 infirmières praticiennes, 3 conseillers, 6 infirmières autorisées, un psychiatre invité, de même que des programmes pour le diabète, les problèmes respiratoires et l'hypertension. En 2006, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a approuvé le programme en santé mentale à titre permanent au sein de notre clinique.

Les patients sont recommandés à notre gestionnaire de cas à temps plein par leur médecin de famille, en fonction de la gravité de leur maladie mentale et de leur degré d'incapacité. Environ 80% de nos patients dans ce programme sont inaptes au travail et la plupart sont soutenus financièrement par une forme ou une autre de prestation d'invalidité. Leur âge varie entre 18 et 80 ans, et la moyenne est de 45 ans. Présentement, 6% des patients souffrent de schizophrénie, 51% ont un trouble dépressif majeur, 15% ont un trouble bipolaire ou affectif bipolaire, 15% ont un trouble anxieux sévère et 30% ont des diagnostics multiples. Tous les patients ont reçu antérieurement un diagnostic; par ailleurs, il arrive que le diagnostic soit révisé avec l'assistance de notre psychiatre invité.


La maladie mentale est envisagée comme une maladie chronique. Son traitement et sa prévention se fondent sur cette approche. L'infirmière praticienne gestionnaire de cas travaille avec le psychiatre, les médecins de famille, les autres infirmières praticiennes et les psychothérapeutes de notre équipe de santé familiale, de même qu'avec des psychiatres dans la communauté et les organisations communautaires impliquées. Selon notre approche holistique, la gestionnaire de cas prend en charge les problèmes physiques du patient, ses difficultés sociales (p. ex. le logement) et ses soins de santé mentale. Elle assure la liaison avec les organisations communautaires et plaide en faveur de l'accès des patients aux programmes provinciaux et fédéraux. Le rôle élargi des infirmières praticiennes en clinique familiale convient parfaitement à la prise en charge en collaboration de ces patients complexes, car ces dernières sont en mesure de gérer les patients de manière autonome, de les réévaluer, de modifier les régimes thérapeutiques et de consulter au besoin les professionnels appropriés. Ce programme est en place depuis maintenant plus de 10 ans et, en tout temps, la gestionnaire

de cas aide au moins 175 patients à la fois. Les patients qui se sont améliorés remarquablement peuvent être confiés à nouveau aux soins de leur médecin de famille pour permettre à d'autres patients d'être admis au programme. Les patients qui sont très malades et instables seront habituellement stabilisés par des psychiatres en établissement ou en équipe avant d'être admis au programme. Lorsque des approches comportementales (p. ex. thérapie cognitivo-comportementale) pourraient être utiles, les patients peuvent être aiguillés vers nos psychothérapeutes et, si des complications se produisent dans le traitement ou le diagnostic, nous demandons une consultation à notre psychiatre invité à l'interne ou, au besoin, à un psychiatre de l'extérieur. Si des problèmes de santé se produisent, qu'un autre spécialiste médical serait mieux placé pour prendre en charge, la gestionnaire de cas peut demander une consultation à un spécialiste en dehors de la clinique (interniste, chirurgien, spécialiste du diabète, etc.). Les visites à domicile sont fréquentes, parce que certains patients sont confinés à la maison ou ont besoin d'une évaluation de leur environnement. Le médecin de famille du patient est informé au moyen de notre système de dossiers médicaux électroniques ou des consultations dans les corridors. Un médecin est désigné responsable des suivis avec la gestionnaire de cas et le personnel. Selon des sondages sur la satisfaction des patients et des discussions informelles avec les membres du personnel, ce programme est accueilli plutôt favorablement.

### Les avantages de cette approche

Nous sommes d'avis que cette approche est très efficace pour offrir d'excellents soins holistiques et en santé mentale à nos patients souffrant de problèmes mentaux graves. Les patients traités dans ce programme sont du même avis, parce que l'équipe de santé familiale leur a offert la continuité des soins et qu'ils ont pris confiance dans la prise en charge conjointe de leur maladie chronique en tant que participants actifs. Dans la phase initiale du programme, alors qu'il s'agissait seulement d'un projet pilote, nous avons constaté que moins de patients inscrits au programme avaient eu besoin de soins à l'urgence ou avaient été admis au département local de psychiatrie durant la première année par rapport à l'année précédente. De plus, cette organisation des soins permet effectivement une meilleure mise en œuvre des recommandations des psychiatres d'établissement et une coordination plus étroite avec les médecins de famille de l'équipe de santé familiale. Il s'agit d'un besoin essentiel, parce que les soins aux patients souffrant de maladies mentales graves deviennent, malheureusement, plus fragmentés que jamais auparavant.

La cohabitation des membres du personnel avec les programmes en santé mentale est très propice et efficace, mais d'autres arrangements selon un modèle axé

sur le cas en soins primaires sont aussi possibles. On pourrait même concevoir une structure selon laquelle la gestionnaire de cas se rendrait à la clinique du médecin de famille. Des soins complets et accessibles centrés sur le patient sont indispensables au bien-être de nos patients souffrant de maladies mentales sérieuses. 

Le **D<sup>r</sup> Krass** est médecin de famille en pratique active et **M<sup>me</sup> Aichele** est infirmière praticienne et gestionnaire de cas, les 2 au sein de l'équipe de santé familiale Niagara Medical Group à Niagara Falls, en Ontario.

#### Intérêts concurrents

Aucun déclaré

#### Correspondance

**D<sup>r</sup> Mel Krass**; courriel [mkrass1@cogeco.ca](mailto:mkrass1@cogeco.ca)

Les opinions exprimées dans les commentaires sont celles des auteurs. Leur publication ne signifie pas qu'elles soient sanctionnées par le Collège des médecins de famille du Canada.

#### Références

1. Buske L. *Psychiatry—a recent profile of the profession*. Ottawa, ON: Centre canadien de collaboration sur les effectifs médicaux, Association médicale canadienne; 2012. Accessible à : [www.cma.ca/Assets/assets-library/document/en/advocacy/25-Psychiatry-e.pdf](http://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/en/advocacy/25-Psychiatry-e.pdf). Réf. du 21 oct. 2016.
2. Niagara Health System [site web]. *Mental health and addictions*. St Catharines, ON: Niagara Health System; 2016. Accessible à : [www.niagarahealth.on.ca/en/mental-health-and-addictions](http://www.niagarahealth.on.ca/en/mental-health-and-addictions). Réf. du 21 oct. 2016.
3. Association canadienne pour la santé mentale de Niagara [site web]. *Safe beds*. St Catharines, ON: Association canadienne pour la santé mentale de Niagara; 2016. Accessible à : <http://cmhaniagara.ca/safebeds/>. Réf. du 21 oct. 2016.
4. Pathstone Mental Health [site web]. *Crisis services*. Thorold, ON: Pathstone Mental Health. Accessible à : [www.pathstonementalhealth.ca/services/crisis](http://www.pathstonementalhealth.ca/services/crisis). Réf. du 21 oct. 2016.
5. Kates N, Mazowita G, Lemire F, Jayabarathan A, Bland R, Selby P et coll. *The evolution of collaborative mental health care in Canada: a shared vision for the future*. Ottawa, ON: Association des psychiatres du Canada; 2011. Accessible à : [www.cfpc.ca/uploadedFiles/Collaborative%20mental%20health%20care-2011-49-web-FIN-EN.pdf](http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Collaborative%20mental%20health%20care-2011-49-web-FIN-EN.pdf). Réf. du 21 oct. 2016.
6. Kates N, Craven MA, Crustolo AM, Nikolaou L, Allen C, Farrar S. Sharing care: the psychiatrist in the family physician's office. *Can J Psychiatry* 1997;42(9):960-5.
7. Woltmann E, Grogan-Kaylor A, Perron B, Georges H, Kilbourne AM, Bauer MS. Comparative effectiveness of collaborative chronic care models for mental health conditions across primary, specialty, and behavioral health care settings: systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2012;169(8):790-804.
8. Association canadienne pour la santé mentale [site web]. *What is the fit between mental health, mental illness and Ontario's approach to chronic disease prevention and management?* Toronto, ON: Association canadienne pour la santé mentale; 2016. Accessible à : [http://ontario.cmha.ca/public\\_policy/what-is-the-fit-between-mental-health-mental-illness-and-ontarios-approach-to-chronic-disease-prevention-and-management/](http://ontario.cmha.ca/public_policy/what-is-the-fit-between-mental-health-mental-illness-and-ontarios-approach-to-chronic-disease-prevention-and-management/). Réf. du 21 oct. 2016.
9. Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. *Out of the shadows at last. Transforming mental health, mental illness and addiction services in Canada*. Ottawa, ON: Parlement du Canada; 2006. Accessible à : [www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/391/soci/rep/rep02may06-e.htm](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/391/soci/rep/rep02may06-e.htm). Réf. du 21 oct. 2016.

— \* \* \* —