



Soins en collaboration pour les personnes avec des troubles mentaux courants : comment soutenir les professionnels dans le changement de leurs pratiques ?

Ariane Girard, inf., Ph. D.¹
Pasquale Roberge, Ph. D.²
Édith Ellefsen, inf., Ph. D.³
Joëlle Bernard-Hamel, inf., B.Sc.⁴
Jean-Daniel Carrier, MD, FRCPC⁵
Catherine Hudon, MD, Ph. D.²

¹ VITAM Centre de recherche en santé durable, Université Laval; ² Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Université de Sherbrooke; ³ École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke; ⁴ CIUSSS de l'Estrie-CHUS; ⁵ Département de psychiatrie, Université de Sherbrooke

Introduction

Les meilleures pratiques à privilégier pour le traitement des personnes avec des troubles mentaux courants (TMC) comme les troubles anxieux et dépressifs sont bien décrites dans la littérature scientifique et les guides de pratique clinique [1, 2]. Il est également recommandé d'organiser les soins selon un modèle de soins en collaboration [3]. Ce modèle a été développé pour optimiser la qualité des soins et le rétablissement des personnes avec des TMC et d'autres besoins de santé comme des maladies chroniques physiques.

Les soins en collaboration impliquent minimalement un médecin de famille, un professionnel responsable de la gestion des soins et un spécialiste en santé mentale (psychiatre, psychologue ou infirmière praticienne spécialisée en santé mentale) qui travaillent ensemble à partir d'un plan thérapeutique adapté aux besoins et préférences de la personne et s'appuyant sur les données probantes. La gestion des soins de la clientèle est au cœur du modèle, et les infirmières en soins de première ligne sont souvent appelées à jouer ce rôle [4]. Or, malgré les nombreuses études démontrant l'efficacité de ce modèle [5], la capacité de plusieurs équipes en soins de première ligne demeure limitée pour organiser des soins en collaboration qui répondent aux objectifs de rétablissement des personnes avec des TMC et des maladies chroniques physiques [6].

Méthodes

Une étude de cas multiples a été réalisée en contexte québécois pour mieux comprendre comment soutenir les infirmières et les autres professionnels des groupes de médecine de famille (GMF) lors de l'implantation d'un changement dans leurs pratiques s'appuyant sur le modèle de soins en collaboration [7]. Plus précisément, l'étude s'est intéressée à l'influence du contexte sur la formulation de stratégies visant à améliorer les pratiques collaboratives et infirmières auprès des personnes avec des TMC et des maladies chroniques physiques en GMF. Les auteurs de l'étude se sont servis du modèle de Grol & Wensing sur l'implantation d'un changement pour accompagner des milieux cliniques dans la formulation de stratégies adaptées à leurs besoins [8]. Au total, trois GMF ont participé à l'étude et 32 participants ont été recrutés : 8 patients, 13 infirmières, 4 médecins de famille, 3 travailleurs sociaux, 2 infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne, 2 psychologues et 1 pharmacien. Des données ont d'abord été collectées dans les trois GMF (entrevues individuelles, observations non participatives et recueil de documents) pour documenter les pratiques collaboratives et infirmières ainsi que les facteurs pouvant les influencer. Ensuite, deux à trois rencontres de groupe de travail ont été réalisées dans chacun des GMF afin de comparer leurs pratiques avec le modèle de soins en collaboration, d'identifier des stratégies à mettre en place et de développer un plan d'amélioration des pratiques.

Les soins en collaboration impliquent minimalement un médecin de famille, un professionnel responsable de la gestion des soins et un spécialiste en santé mentale (...)



Résultats

Les pratiques collaboratives et infirmières variaient entre les GMF, et les groupes de travail ont identifié différents types de stratégies correspondant à leurs besoins et à leurs capacités d'amélioration. Certaines stratégies font ressortir l'importance : - d'offrir une formation aux infirmières incluant le soutien par un expert en santé mentale; - de réviser les rôles et responsabilités des professionnels; - d'obtenir l'engagement formel des infirmières et des cliniciens à changer leurs pratiques; - ou de procéder à des petits cycles de changement impliquant initialement quelques infirmières et médecins. La formulation et la priorisation des stratégies par les milieux ont été influencées par leur niveau de préparation à changer leurs pratiques collaboratives dans une perspective de gestion des soins des personnes avec TMC par les infirmières. Le niveau de préparation au changement était principalement déterminé par la perception de la nécessité de changer ses pratiques et par la capacité du milieu à mettre en œuvre un changement.

Plus précisément, la perception de la nécessité de changer a été influencée par : 1) la perception de l'écart entre l'accessibilité des services pour la santé mentale et les besoins des patients; 2) la perception des infirmières du niveau de leurs compétences individuelles pour intervenir auprès des personnes avec des TMC (et la présence d'un médecin responsable du GMF qui soutient le développement de leurs compétences); 3) la perception de la compatibilité du rôle de gestionnaire de soins avec l'organisation du travail des infirmières. D'un autre côté, la perception de la capacité du milieu d'intégrer des nouvelles pratiques pour cette clientèle a été influencée par : 1) les ressources disponibles pour mettre en place le changement (p.ex. temps, locaux, ressources humaines); 2) l'accès à du matériel ou à des données expliquant comment intégrer les activités du gestionnaire de soins à la pratique des infirmières; et 3) l'engagement de plusieurs acteurs clés pour soutenir le processus d'implantation (p.ex. employeur, conseillères en soins, professionnels avec une expertise en santé mentale, etc.).

Conclusion

Les résultats de cette étude mettent en lumière l'importance de planifier le changement des pratiques en partenariat avec les milieux cliniques. Les acteurs du réseau de la santé en charge d'implanter des programmes probants pour optimiser la qualité des soins devraient procéder à une évaluation du niveau de préparation des organisations (et des professionnels) à changer leurs pratiques afin de leur offrir un soutien personnalisé. Cette évaluation devrait permettre aux professionnels de comparer leurs pratiques avec ce qui est attendu et de réfléchir aux stratégies qu'ils pourraient mettre en place pour implanter le changement et pour intégrer de nouvelles activités cliniques à leurs processus de soins.

Vous pouvez consulter l'article en lien avec cette quintessence : Girard, A., Roberge, P., Ellefsen, E., Bernard-Hamel, J., Carrier, J.D., & Hudon, C. (2021). The influence of contextual factors on the process of formulating strategies to improve the adoption of care manager activities by primary care nurses. *International Journal of Integrated Care*, 21(2), 20. <https://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.5556/>

Références

1. National Institute for Health and Care Excellence. (2011, révisé en 2018). Common mental health problems: Identification and pathways to care. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123/resources/common-mental-health-problems-identification-and-pathways-to-care-pdf-35109448223173>
2. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2019). Troubles mentaux fréquents : Repérage et trajectoire de services (Guide de pratique clinique). Gouvernement du Québec.
3. Erik R, V., Rundell, J., Avery, M., Alter, C., Engel, C., Fortney, J., Liu, D., et Williams, M. (2016). Dissemination of integrated care within adult primary care settings. The Collaborative Care Model. (p. 2-85). American Psychiatric Association & Academy of Psychosomatic Medicine.
4. Girard, A., Ellefsen, É., Roberge, P., Carrier, J.-D., et Hudon, C. (2019). Challenges of adopting the role of care manager when implementing the collaborative care model for people with common mental illnesses: A scoping review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(2), 369-389.
5. Archer, J., Bower, P., Gilbody, S., Lovell, K., Gask, L., Dickens, C., et Coventry, P. (2012). Collaborative care for depression and anxiety problems (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, 277.
6. Perroux M., Lessard L., Larue C., Duhoux A., et Contandriopoulos, D. (2019) Des soins primaires intégrés ou les univers parallèles de la santé mentale et physique. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 38(4), 78-92.
7. Girard, A. (2020). *Étude du processus de planification favorisant la mise en œuvre du rôle de gestionnaire de soins par les infirmières de groupes de médecine de famille pour les personnes avec troubles mentaux courants et maladies chroniques physiques* [Thèse de doctorat]. Université de Sherbrooke.
8. Grol, R., Wensing, M., et Grimshaw, J. (2020). *Improving Patient Care: The Implementation of Change in Healthcare* (Third Edition). Wiley Blackwell.



Le niveau de préparation au changement était principalement déterminé par la perception de la nécessité de changer ses pratiques et par la capacité du milieu à mettre en œuvre un changement.