

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

THÈSE PRÉSENTÉE À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
MÉLANIE ST-ONGE

CONTINUITÉ RELATIONNELLE DANS LES SOINS DE SANTÉ MENTALE
PRIMAIRES : RÉFLEXION, CONCEPTUALISATION ET MESURE

NOVEMBRE 2012

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (Ph.D.)

PROGRAMME OFFERT PAR L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC
À TROIS-RIVIÈRES

CONTINUITÉ RELATIONNELLE DANS LES SOINS DE SANTÉ MENTALE
PRIMAIRES : RÉFLEXION, CONCEPTUALISATION ET MESURE

PAR
MÉLANIE ST-ONGE

COLETTE JOURDAN-IONESCU,
directrice de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

ANDRÉ PELLERIN,
président du jury

Université du Québec à Trois-Rivières

JEANNIE HAGGERTY,
codirectrice de recherche

Université McGill

MARC DAIGLE,
évaluateur

Université du Québec à Trois-Rivières

JANIE HOULE,
évaluateur externe

Université du Québec à Montréal

Thèse soutenue le 9 décembre 2011

Ce document est rédigé sous la forme d'articles scientifiques, tel qu'il est stipulé dans les règlements des études de cycles supérieurs (138) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Le (les) article(s) a (ont) été rédigé(s) selon les normes de publication de revues reconnues et approuvées par le Comité d'études de cycles supérieurs en psychologie. Le nom du directeur de recherche pourrait donc apparaître comme co-auteur de l'article soumis pour publication.

Sommaire

Devant l'ampleur des problèmes de santé mentale et leurs coûts économiques, humains et sociaux, on recommande d'intégrer les soins de santé mentale aux soins de santé primaires. Afin que ceci se réalise le mieux possible, l'un des enjeux importants à considérer est la continuité relationnelle. Toutefois, son étude dans ce contexte de soins est nouvelle et complexifiée par des problèmes de conceptualisation et d'opérationnalisation, et par un manque de documentation. Le but de cette thèse en psychologie est donc de susciter d'abord une réflexion sur la continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires. Trois questions sont posées : 1) en quoi les connaissances sur la continuité relationnelle dans les soins de santé primaires et dans les soins de santé mentale peuvent-elles nous éclairer pour mieux définir et étudier la continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires? 2) Avec quel(s) intervenant(s) s'établit la continuité relationnelle pour les besoins de santé mentale? 3) Quelle contribution les psychologues pourraient-ils offrir pour la continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires compte tenu de leur expertise en santé mentale? En second lieu, l'étude vise, d'une part, à adapter une mesure de la connaissance du patient par le médecin — la sous-échelle Connaissance contextuelle du *Primary Care Assessment Survey (PCAS-CC)* de Safran et al. (1998) déjà validée dans les soins de santé primaires — en lui ajoutant un item sur les relations interpersonnelles inspiré du *CONNECT* de Ware, Dickey, Tugenberg, et McHorney (2003), un instrument élaboré auprès des personnes souffrant de troubles mentaux graves. Enfin, l'étude vise à

valider les propriétés psychométriques de cette sous-échelle adaptée (*PCAS-CCa*) auprès d'une clientèle souffrant de problèmes de santé mentale courants, tels que l'anxiété et la dépression. La réflexion a permis de présenter une conceptualisation et une opérationnalisation claires de la continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires, de situer, pour l'instant, celle-ci dans la relation médecin-patient et, enfin, de constater que l'expertise des psychologues est encore peu utilisée. Quant aux résultats de l'expérimentation menée auprès de 613 participants, ils indiquent que la *PCAS-CCa* présente de bonnes propriétés psychométriques comparables à celle d'origine et à la version française. Bien que l'item ajouté soit pertinent sur le plan clinique et que la structure unifactorielle de la *PCAS-CCa* soit préservée, l'adéquation du modèle factoriel est supérieur sans sa contribution. La *PCAS-CCa* se révèle par ailleurs associée à la durée de la relation, à l'importance de la continuité relationnelle, à la force d'affiliation, à l'alliance thérapeutique, mais pas à l'utilisation des services, à l'adhérence ni à l'évolution du niveau de fonctionnement et de la symptomatologie anxieuse et dépressive. À la lumière de l'ensemble des données recueillies, cette thèse en psychologie propose de concevoir la continuité relationnelle en deux types selon sa visée, soit curative ou promotionnelle. Une vision partagée des soins continus devrait être mise en place grâce, entre autres, à une collaboration étroite médecin-patient-psychologue et le psychologue devrait pouvoir tenir le rôle de principal intervenant pour les soins de santé mentale primaires. Enfin, on invite à une vision axée sur la valeur positive de la santé mentale et des soins de santé mentale primaires.

Table des matières

Sommaire	iv
Liste des Tableaux	x
Liste des Figures	xi
Remerciements	xii
Avant-propos	1
Introduction	7
Chapitre I : Contexte théorique	15
Contexte d'intégration des soins de santé mentale aux soins de santé primaires	16
La conceptualisation des soins de santé mentale primaires.....	17
La santé mentale	17
Les soins de santé primaires	18
Les soins de santé mentale primaires	19
Historique derrière l'intégration des soins de santé mentale aux soins de santé primaires	20

Influence contextuelle du Canada.....	20
Influence contextuelle du Québec	23
Politiques de santé mentale du Québec	27
<i>Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010</i>	30
Portrait de l'utilisation des services de santé mentale en première ligne au Québec	37
Contribution du psychologue aux soins de santé mentale primaires.....	47
Continuité des soins et continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires	50
Continuité des soins et continuité relationnelle.....	50
Conceptualisation de la continuité relationnelle.....	59
Opérationnalisation de la continuité relationnelle.....	70
Mesures dans les soins de santé mentale	72
Mesures dans les soins de santé primaires.....	84
Mesures de la connaissance du patient	93
Bénéfices associés	100

Opérationnalisation de la continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires	102
Relation interpersonnelle et troubles de santé mentale courants	106
Objectifs de l'étude <i>Continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires: adaptation et validation d'une sous-échelle de connaissance accumulée</i>	113
Chapitre II : <i>Continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires : adaptation et validation d'une sous-échelle de connaissance accumulée</i>	114
Chapitre III : Discussion générale	159
Conclusions tirées de l'examen de la continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires	160
Conclusions tirées du contexte d'intégration des soins de santé mentale aux soins de santé primaires	168
Retour sur les questions à l'origine de la thèse et nouvelles interrogations	172
Objectifs de la continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires	173
Contribution du psychologue à la continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires	176
Le partage des soins continus dans les soins de santé mentale primaires	181

Limites et forces de l'étude	183
Conclusion.....	185
Références	188
Appendice A : Normes de la <i>Revue canadienne de santé mentale communautaire</i>	198
Appendice B : <i>Playdoyer pour des soins de santé primaires continus et partagés</i>	202
Appendice C : Normes de la <i>Revue canadienne de santé publique</i>	214

Liste des Tableaux

Tableau

1	Type de continuité des soins tiré de Ried, Haggerty & McKendry (2002).....	53
2	Mesures de la connaissance du patient	94

Liste des Figures

Figure

1	Modèle de la continuité relationnelle	168
2	Modèle de soins de santé primaires continus et partagés.....	182

Remerciements

L'aboutissement de la thèse doctorale résulte d'un travail académique, et parfois personnel, impressionnant. Je tiens donc à remercier chaleureusement les personnes qui m'ont soutenue de près ou de loin dans cette aventure.

Mon premier merci va évidemment à ma directrice de thèse, Madame Colette Jourdan-Ionescu, pour ses nombreux conseils, pour sa grande capacité à me redonner de l'énergie et du courage et, tout particulièrement, pour la confiance qu'elle a toujours eue en mes capacités.

Puis, j'aimerais exprimer toute ma gratitude à Madame Jeannie Haggerty qui a fait preuve d'une grande générosité en acceptant de devenir ma codirectrice de thèse, qui m'a fait bénéficier de son expertise et avec qui j'ai pu partager cette passion commune pour la continuité des soins.

Merci aussi à Messieurs Marc Daigle et André Pellerin, membres de mon comité doctoral, pour leurs précieux conseils et leur loyauté malgré la durée de mon projet de thèse.

S'ajoute à ce quatuor, Mme Janie Houle, évaluateuse externe, à qui j'offre toute ma reconnaissance pour m'avoir invitée à faire un retour aux sources de mon projet et, ce, sans avoir connu mon parcours.

Je ne peux passer sous silence aussi le rôle qu'a joué Mme Louise Fournier, de l'INSPQ, pour avoir accepté mon arrivée tardive au sein de l'équipe du Projet Dialogue.

Un merci tout particulier aussi à toute l'équipe et aux participants de l'étude sans qui ce projet n'aurait pu voir le jour.

J'offre également mes remerciements pour toute l'aide technique dont j'ai bénéficiée dans le cadre de mon parcours. Je pense, entre autres, à Monsieur Jacques Baillargeon, un de mes anciens professeurs de statistiques devenu ensuite directeur du département de psychologie de l'UQTR, qui m'a apporté une aide précieuse. Aussi, à mes amis Phil et Fred pour leur aide technique lorsque mes neurones surchauffés affectaient «électromagnétiquement» mon système informatique.

Plus personnellement, j'aimerais dire un gros merci à mon conjoint, Michel Lavoie, pour avoir mis les bouchées doubles et avoir offert une présence à Marianne, notre petite fille d'à peine trois-quatre-cinq ans qui ne comprenait pas toujours pourquoi maman travaillait aussi la fin de semaine et le soir! Sans toi, je n'aurais pu faire passer ma thèse, même temporairement, avant elle!

Merci aussi à mes amies, mes proches et mes collègues de travail qui m'ont soutenue de mille et une façons. Vos petites attentions m'ont permis de tenir le coup au quotidien.

Enfin, avec modestie, je voudrais me dire merci pour avoir fait preuve de détermination, de persévérance et d'une aussi grande passion du début jusqu'à la fin!

Avant-Propos

Le sujet de cette thèse en psychologie a pour origine de nombreux intérêts et questionnements issus d'expériences personnelles et professionnelles que nous avons tentés de réunir sous ce projet doctoral. Les quelques précisions qui suivent se veulent donc une aide au lecteur afin qu'il puisse mieux apprécier d'où émergent le questionnement soulevé et l'angle de réflexion choisi pour étudier la continuité relationnelle dans le contexte des soins de santé mentale primaires.

Avant de connaître la psychologie et la profession de psychologue, notre intérêt pour le développement de l'être humain et pour la guérison de ses maux était déjà bien manifeste. C'est pourquoi, nous avions choisi d'orienter nos études collégiales vers les sciences de la santé. La médecine familiale nous paraissait alors la meilleure profession pour étudier et aider l'être humain.

Puis, après avoir sommairement touché aux théories de base en psychologie dans le cadre d'un cours de philosophie, notre choix s'est arrêté sur le baccalauréat en psychologie. Nous avions alors réalisé que le contact relationnel avec les gens nous importait et que notre curiosité pour l'être humain résidait davantage dans la compréhension de ses comportements et pensées plutôt que dans son côté plus purement biologique. Cet intérêt pour le développement psychologique et global de l'être humain a ainsi influencé nos choix de cours, de problématiques à étudier et de clientèles auprès

desquelles nous voulions œuvrer. Nous nous sommes d'ailleurs spécialisée en psychologie médicale.

Depuis, nous avons pris conscience des trois principes de base qui ont guidé l'ensemble de nos réflexions tant cliniques que scientifiques, jusqu'à la réalisation de cette thèse. Ces principes ne sont pas nouveaux, mais ils offrent ensemble une image complète et en mouvement de l'être humain. Le premier est que l'être humain est en constant développement et que sa capacité à faire face aux difficultés de la vie se construit dès ses toutes premières expériences, qu'elles soient bonnes ou moins bonnes. C'est en effet dans ses premières années de vie qu'il apprendra : à faire ou non confiance aux autres et à lui-même; à éviter toutes les situations de conflits ou à y faire face; à s'apitoyer sur son sort ou à se mobiliser pour résoudre une situation problématique; à se percevoir comme une victime, un bourreau, un malchanceux ou encore comme un acteur de la problématique et de la solution. Nous croyons donc qu'il s'avère essentiel d'accorder autant d'importance à la promotion de la santé mentale (et globale) qu'à l'intervention curative des problèmes, ainsi qu'à l'influence de la qualité de la santé mentale sur la capacité d'adaptation future de l'être humain.

Secondo, l'être humain est à la fois psyché et soma et le développement de chacune de ces parties influence le développement de l'autre dans une spirale interactionnelle. Les connaissances sur l'interaction entre le développement du cerveau de l'être humain et la qualité de ses interactions précoces sont de plus en plus appuyées avec les années et montrent à quel point cette interaction est présente dès la naissance, voire avant. Plus

tard, cette interrelation entre la psyché et le soma persiste. Par exemple, la douleur qui est une sensation physique est parfois suscitée par un malaise physiologique réel, parfois messagère d'une souffrance psychologique somatisée ou parfois, encore, exacerbée par l'interaction entre la douleur ressentie et l'anxiété reliée à celle-ci. Nous croyons donc qu'il s'avère essentiel d'accorder autant d'importance au développement physiologique qu'au développement psychologique, ainsi qu'à l'influence de l'un sur l'autre.

Tertio, l'être humain est un être qui se développe continuellement et conjointement sur les plans intrapersonnels et interpersonnels. Cette interrelation s'amorce avec l'établissement d'un lien d'attachement, puis s'ouvre au reste de la famille, aux amis, au quartier, à l'école puis au travail, à la société, etc. Ce contact relationnel permet à l'être humain de se voir à travers l'autre pour ensuite parvenir à se différencier, s'identifier et s'individualiser psychologiquement. Ce même contact lui apprend également comment interagir socialement, ce qui influencera l'ensemble de ses expériences interpersonnelles. Celles-ci, à leur tour, influenceront sa perception de lui-même et, dans une interaction sans fin, cette même perception viendra influencer ses prochaines interactions sociales. Nous croyons donc qu'il s'avère essentiel d'accorder autant d'importance au développement intrapsychique qu'au développement interpersonnel de l'être humain, en commençant par les interactions précoces avec la famille, ainsi qu'à l'influence de l'un sur l'autre tout au long de la vie.

Ainsi, le lecteur comprendra d'où part notre intérêt : pour une compréhension globale de l'être humain; pour la promotion et le développement d'une bonne santé mentale (et

globale); pour le dépistage précoce, la prévention et l'intervention précoce et, par conséquent, pour les services de santé mentale et pour les soins de première ligne qui soutiennent la population générale. En somme, notre souhait serait que chaque être humain puisse avoir les meilleures chances de grandir et de se maintenir en bonne santé mentale (et globale).

Toutefois, nos expériences personnelles et professionnelles ne nous ont pas toujours confirmé cette réalité. D'une part, les services de première ligne en santé mentale offrent peu de promotion pour le développement d'une bonne santé mentale et l'aide offerte est essentiellement curative. En fait, la prise en charge de la clientèle et le rôle des intervenants sont souvent concentrés autour des situations de crise et les délais trop longs amènent souvent une détérioration de la situation avant que l'aide ne soit fournie.

D'autre part, la clientèle doit fréquemment répéter le même discours parce qu'elle change souvent d'intervenant ou parce que les services dont elle a besoin s'offrent dans différents départements ou établissements selon leur évolution. Par ailleurs, comme les services sont proposés dans l'optique de résoudre une problématique, dès que celle-ci se résout, fréquemment les services s'estompent. Ainsi, les services ne permettent pas ou peu de mettre en place un suivi qui engloberait les moments sans problématique afin de promouvoir une bonne santé mentale ou de prévenir l'apparition d'une nouvelle problématique tout en maintenant un lien relationnel et thérapeutique stable.

Par conséquent, nous nous questionnons sur la qualité des soins primaires de santé mentale et sur la continuité des soins, surtout la continuité de l'intervenant, afin de

favoriser une meilleure santé mentale de la population. Autrement dit, nous nous demandons comment l'être humain pourrait bénéficier dès sa naissance, voire sa conception, d'un soutien à son développement psychologique individuel et familial avant que des perturbations, mêmes subtiles, ne s'installent.

Introduction

Les problèmes de santé mentale représentent un lourd fardeau économique, humain et social à travers le monde et le Canada ne fait pas exception à ce fléau [Organisation mondiale de la santé (OMS), 2001; Santé Canada 2002a]. Parmi les problèmes de santé mentale, les troubles anxieux et la dépression sont les plus courants comme en témoignent les résultats de l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Santé mentale et bien-être, ESCC, cycle 1.2) réalisée par statistique Canada (2003). En effet, on estime que 4,5 % et 4,7 % de la population canadienne, âgée de plus de 15 ans, affirment avoir souffert respectivement d'un trouble dépressif majeur ou d'un trouble anxieux dans l'année précédent l'enquête (Statistique Canada, 2003). Ces problèmes de santé mentale sont, de plus, déjà bien manifestes dès la tranche d'âge des 15-24 ans indiquant une apparition précoce de ces troubles dans la population (Statistique Canada). Quant aux résultats tirés de cette même base de données, mais pour la province québécoise, Tempier et al. (2010) ont déterminé une prévalence de 4,6 % pour un épisode de dépression majeure et de 3,9 % pour un trouble anxieux chez les 18 ans et plus. Pour sa part, l'Institut de la statistique du Québec (2010) a estimé qu'un peu plus d'une personne sur cinq a déjà souffert d'un de ces troubles au cours de sa vie. Cela illustre donc à quel point la population générale est à risque de souffrir de trouble d'anxiété ou de dépression et d'en payer le fardeau. Sans compter toutes les perturbations psychologiques qui ne répondent pas, ou pas encore, à des critères diagnostiques. En réaction, l'amélioration des

soins de santé mentale offerts à la population générale, c'est-à-dire l'amélioration des soins de première ligne, est devenue l'une des avenues privilégiées par les instances socio-sanitaires et gouvernementales dans la dernière décennie tant au Québec qu'ailleurs [Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2005; OMS 2001, 2005; Santé Canada, 2002b].

Selon Santé Canada (2006) et World Health Organization and World of Family Doctors (WHO/Wonca) (2008), le rôle des soins de santé primaires consiste à offrir des services de base à toute la population dans l'objectif de promouvoir une bonne santé, de prévenir, dépister, diagnostiquer et traiter les maladies et blessures les plus courantes ainsi qu'à coordonner les soins offerts. Si l'on se base sur cette définition des soins de santé primaires, on peut en déduire que l'insertion des soins de santé mentale aux soins de santé primaires vise la prise en charge des besoins de la population générale en matière de santé mentale afin de promouvoir une bonne santé mentale, de prévenir, détecter, diagnostiquer et résoudre les problèmes de santé mentale les plus courants, ainsi qu'à coordonner les soins offerts. Bien que cette extrapolation paraisse couler de source, Fleury (2009) rappelle, dans l'éditorial du volume de la revue *Santé mentale au Québec* consacré à la santé mentale en première ligne, qu'il n'existe pas actuellement de consensus quant à la définition véritable des soins de santé mentale primaires. Néanmoins, elle y énumère certains éléments de soins qui semblent faire l'unanimité. Par exemple, les soins de santé mentale primaires favoriseraient pour la majorité de la population des services continus, accessibles et efficaces qui encourageraient la réduction

de l'utilisation des services hospitaliers au profit de services offerts à proximité de la population.

Au Québec, l'amélioration et la réorganisation des soins de santé mentale primaires est aussi en pleine réforme depuis le *Plan d'action en Santé mentale 2005-2010* (PASM) présenté par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2005). Dans la présentation du document, Mr. le ministre Phillippe Couillard déclare alors que : « le temps était venu d'accorder à l'organisation et à l'accessibilité des services en santé mentale la même attention qu'historiquement, nous avons accordé aux problèmes de santé physique » (p. 5). Il met ainsi en évidence les lacunes quant à l'offre de services en santé mentale et quant à l'écart qui existe historiquement entre les services offerts pour les soins physiques et mentaux. Or, avec le PASM, le gouvernement souhaite développer prioritairement les services de première ligne pour toute la population afin de « doter le Québec d'un système efficient de santé mentale » (p. 12). Théoriquement, cela signifie donc l'accès à une aide pour le développement d'une santé mentale saine, pour la prévention des problématiques à risque et pour des interventions rapides, efficaces et continues lorsque des problèmes surgissent afin de favoriser un retour à une bonne santé mentale et au maintien de celle-ci autant que possible.

Concrètement, l'offre de services en première ligne présentée dans le PASM (MSSS, 2005) se subdivise en deux. D'une part, le PASM détermine les services dits généraux comme la base des services offerts à l'ensemble de la population. Ceux-ci sont offerts à plusieurs endroits et par plusieurs types de professionnels, tels que les cliniques

médicales, les groupes de médecine familiale, les CSSS, les psychologues en pratique privée ou en milieu scolaire, certains organismes communautaires et les hôpitaux pour les situations d'urgence. D'autre part, l'équipe de santé mentale des CSSS assure le fonctionnement du guichet unique par où passent toutes les demandes spécialisées et offre des services spécialisés en santé mentale en première ligne. En parallèle, le PASM met l'accent sur l'amélioration de la prise en charge de la santé mentale par les médecins généralistes et sur une meilleure collaboration de ceux-ci avec le psychiatre, qui agit à titre de répondant en première ligne, et l'équipe de santé mentale des CSSS.

Par ailleurs, le PASM (MSSS, 2005) présente six principes directeurs qui constituent le cadre de référence pour la concrétisation de ces recommandations (le pouvoir d'agir, le rétablissement, l'accessibilité, la continuité, le partenariat et l'efficience). La continuité – décrite comme une façon d'assouplir les frontières entre les interventions et de réduire les ruptures dans les services – est d'ailleurs reconnue par l'OMS (2001) et par Santé Canada (2002b) comme un enjeu important de la qualité des services en santé mentale.

Cependant, Haggerty, Reid, Freeman, Starfield, Adair et McKendry (2003) soulignent que la conceptualisation de la continuité des soins diffère selon les disciplines, dont les soins de santé mentale et les soins de santé primaires. Selon eux, dans les soins de santé primaires, il est davantage question de la relation entre un médecin et son patient et du fait que cette relation permet l'accumulation de connaissances tant médicales que personnelles. Cette conceptualisation de la continuité des soins dans le contexte des soins de santé primaires correspond à la continuité relationnelle telle que la conçoivent Reid,

Haggerty et McKendry (2002) qui ont réalisé une synthèse sur la continuité des soins. Toujours selon Haggerty et al. (2003), la continuité dans les soins de santé mentale fait surtout référence à la relation entre un patient et une équipe de soins, à la responsabilité de cette dernière de maintenir la continuité et à son importance pour la coordination des soins. Il est donc non seulement question de continuité relationnelle dans les soins de santé mentale, mais aussi d'une plus grande interrelation ou interdépendance entre le patient et une équipe d'intervenants cette fois. Toutefois, une analyse des sources sur lesquelles se base cette affirmation indique que cette description se rattache surtout au contexte de soins offerts aux personnes souffrant de troubles mentaux graves.

Quant à la continuité dans le contexte précis des soins de santé mentale primaires, les auteurs n'en font aucunement mention. Comme la continuité relationnelle semble importante pour la qualité des services offerts dans les soins de santé primaires et dans les soins de santé mentale, on peut donc présumer que la qualité de la continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires sera aussi importante. Ainsi, on peut se demander en quoi les connaissances sur la continuité relationnelle dans les soins de santé primaires et dans les soins de santé mentale peuvent-elles nous éclairer pour mieux définir et étudier la continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires? Avec quel(s) intervenant(s) s'établit la continuité relationnelle pour les besoins de santé mentale?

À ce sujet, des données tirées d'enquêtes populationnelles sur les services utilisés par les personnes souffrant de troubles mentaux courants au Québec (Benigeri, 2007;

Direction de la santé publique, 2002; Houle, Beaulieu, Lespérance, Frasure-Smith & Lambert, 2010; Lefebvre, Lesage, Cyr, Toupin, & Fournier, 1998; McCusker, Boulenger, Boyer, Bellavance & Miller, 1997; Tempier et al., 2010; Vasiliadis, Lesage, Adair & Boyer, 2005) semblent démontrer que la continuité relationnelle, si elle existe, passe surtout par le médecin de famille tel que le recommande le PASM (MSSS, 2005) et, qu'à cette relation, se greffent souvent d'autres intervenants en santé mentale, dont le psychologue. Peut alors s'ajouter aux questions précédentes l'interrogation suivante : Quelle contribution les psychologues pourraient-ils offrir pour la continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires compte tenu de leur expertise en santé mentale?

À la lumière de ces faits et de ces interrogations, étudier la continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires s'avère, selon nous, un élément essentiel et pertinent pour l'intégration des soins de santé mentale aux soins de santé primaires. Mais, parce que la conceptualisation et l'opérationnalisation de la continuité relationnelle sont nouvelles dans ce contexte de soins et parce que la structure des soins de santé mentale primaires tourne autour de la relation médecin-patient, comme dans les soins de santé primaires, tout en faisant appel à plusieurs autres intervenants en santé mentale, son examen présente un certain degré de complexité.

Cette étude doctorale se veut donc un premier regard sur la continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires et vise d'abord à susciter une réflexion sur ce que sont les soins de santé mentale primaires et ce que devrait être la continuité relationnelle dans ce contexte de soins. Une mise en contexte structure l'ensemble du

premier chapitre de cette thèse. Quant au deuxième chapitre, il introduit l'étude réalisée en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) afin de mesurer la continuité relationnelle auprès d'une clientèle des soins de santé mentale primaires. Cette étude s'intitule *Continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires: adaptation et validation d'une sous-échelle de connaissance accumulée* (St-Onge, Haggerty, Roberge, Duhoux & Fournier, 2012) et se présente sous la forme d'un article qui sera soumis à la *Revue canadienne de santé mentale communautaire* (l'appendice A présente les normes de présentation de la Revue). Le troisième et dernier chapitre développe une discussion plus approfondie à travers un retour aux questions et aux réflexions sur la continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires à l'origine de cette thèse en psychologie afin de présenter les limites de cette étude, mais surtout, afin d'ouvrir sur de multiples possibles pour l'avenir de la santé mentale et des soins de santé mentale primaires, ainsi que sur la contribution des psychologues. Enfin, un deuxième article est ajouté en annexe (appendice B) afin de rendre disponible au public la synthèse de cette discussion. Cet article intitulé *Playdoyer pour des soins de santé primaires continus et partagés* (St-Onge, Jourdan-Ionescu, 2012) sera soumis à la *Revue canadienne de santé publique* (l'appendice C présente les normes de présentation de la Revue).

Chapitre I

Contexte théorique

Du fait qu'elle n'a pas encore été étudiée dans les soins de santé mentale primaires, plusieurs éléments de réflexion et de mise en contexte sont nécessaires pour obtenir une vision claire de la continuité relationnelle dans ce contexte de soins. La section suivante se penche donc sur : la conceptualisation des soins de santé mentale primaires; l'historique derrière l'intégration des soins de santé mentale aux soins de santé primaires; le PASM; le portrait de l'utilisation des services de santé mentale en première ligne au Québec; la contribution du psychologue aux soins de santé mentale primaires; les connaissances actuelles concernant la continuité des soins et tout particulièrement la continuité relationnelle dans le contexte de la première ligne et des services offerts pour la clientèle souffrant de troubles mentaux graves; la conceptualisation de la continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires et son opérationnalisation.

Contexte d'intégration des soins de santé mentale aux soins de santé primaires

L'intégration des soins de santé mentale aux soins de santé primaires est une préoccupation actuelle (MSSS, 2005; OMS, 2001, 2005; Santé Canada, 2002b). Pourtant, les soins de santé primaires et les soins de santé mentale existent depuis fort longtemps, entre autres au Canada et au Québec. Par conséquent, un examen de la définition des soins de santé primaires, des facteurs propres à l'histoire du système de santé canadien et québécois et des politiques québécoises en santé mentale, du nouveau

Plan d'action en santé mentale 2005-2010 (PASM) (MSSS, 2005) et, enfin, de l'utilisation actuelle des services pourrait apporter un éclaircissement sur la tendance nouvelle d'organiser les soins de santé mentale en première ligne après tant d'années de services dans chacun de ces deux domaines distincts de la santé.

La conceptualisation des soins de santé mentale primaires

L'intégration des soins de santé mentale aux soins de santé primaires représente une réorganisation qui vise à améliorer les soins de santé mentale en première ligne ou encore les soins de santé mentale primaires. Ce concept est récent comme en témoigne son absence dans les bases de données PsycInfo et Medline où l'on trouve les concepts majeurs de soins de santé primaires (*primary health care*) ou de soins de santé mentale (*mental health care*), mais pas celui de soins de santé mentale primaires (*primary mental health care*). Cette absence de définition claire est d'ailleurs soulignée par Fleury (2009) dans l'éditorial d'un numéro destiné à la santé mentale en première ligne de la revue *Santé mentale du Québec*. Mais, qu'entend-t-on exactement par soins de santé mentale primaires? Logiquement, il est question, d'une part, du concept de santé mentale et, d'autre part, du premier niveau de soins dans la hiérarchisation des services de santé.

La santé mentale. Lorsqu'on entend parler de santé mentale, la plupart du temps il est question en fait de problèmes de santé mentale. D'ailleurs, la littérature est beaucoup plus volumineuse concernant la maladie mentale comparativement à la santé mentale, tant dans la base de données PsycInfo que Medline. Or, la santé mentale, prise au sens

large, devrait inclure tant la santé mentale saine que la maladie mentale. En effet, la santé mentale, c'est aussi :

un état de bien-être par lequel l'individu reconnaît ses capacités, est capable de faire face au stress normal de la vie, travaille de manière productive et fructueuse et apporte une contribution à sa communauté. La santé mentale signifie la possibilité pour les individus et les groupes humains de développer leurs compétences et d'atteindre les objectifs qu'ils se sont fixés. Nous devrions tous nous sentir concernés par la santé mentale et ne pas uniquement nous préoccuper de malades souffrant de troubles mentaux (OMS, 2004, p. 7).

Ainsi, la santé mentale devrait faire référence à l'ensemble de son continuum. C'est-à-dire, faire référence, d'une part, au développement d'une santé mentale saine et, d'autre part, inclure les conditions qui représentent un plus haut risque de développer des problèmes de santé mentale, l'émergence de perturbations même minimes et, enfin, la présence de troubles proprement dit.

Les soins de santé primaires. La première ligne de soins est la porte d'entrée du système de santé et le niveau de services où l'on offre des soins à la majorité de la population. On affirme que ces services couvrent de la promotion à l'intervention des problèmes les plus courants (MSSS, 2005; WHO/WONCA, 2008). Ainsi, on y favorise la prestation de services dans la communauté, l'accessibilité, le recours minimal aux services hospitaliers et la continuité des soins (WHO/WONCA, 2008).

Selon Santé Canada (2006), le rôle des soins de santé primaires consiste à offrir des services de base à toute la population dans l'objectif de promouvoir une bonne santé, de prévenir, diagnostiquer et traiter les maladies et blessures ainsi qu'à coordonner les soins. Le PASM (MSSS, 2005) fait mention des mêmes éléments de définition, mais ajoute que

« ces services visent à répondre à des problèmes de santé ou à des problèmes sociaux usuels et variés et doivent être offerts près des milieux de vie des personnes (p. 24) ». Ainsi, on semble inclure une bonne part du continuum de la santé.

Toutefois, si l'intégration des soins de santé mentale aux soins de santé primaires a fait l'objet récemment d'une politique gouvernementale, c'est que les soins de santé primaires, tels qu'initialement conceptualisés, ne répondaient probablement pas (ou pas totalement) aux besoins de la population en matière de santé mentale. Ainsi, on peut présumer que la définition originale des soins de santé primaires ne s'appliquait pas ou n'était pas suffisante pour englober les soins de santé mentale primaires. On constate d'ailleurs que le concept même de santé mentale est absent, ou du moins non spécifié, de la définition de Santé Canada (2006) sur les soins de santé primaires et que, tel que mentionné précédemment, la réorganisation des soins de santé primaires pour inclure les soins de santé mentale laisse entendre que la santé mentale était en effet négligée.

Les soins de santé mentale primaires. Sur ce, l'auteure propose une définition des soins de santé mentale primaires conçue à partir de la définition des soins de santé primaires et de ce qu'est la santé mentale : ainsi, les *soins de santé mentale primaires* sont, à un bout du continuum, le soutien au développement d'une bonne santé mentale chez l'ensemble de la population jusqu'au rétablissement des personnes souffrant de troubles mentaux courants à l'autre bout du continuum. Ces soins de santé mentale primaires incluent donc la promotion de la santé mentale, la prévention, la détection, le diagnostic et la résolution des problèmes de santé mentale les plus courants, ainsi que la

coordination des soins offerts. À l'instar des soins de santé primaires traditionnels, les soins de santé mentale primaires devraient eux aussi favoriser la prestation de services de santé mentale dans la communauté, l'accessibilité aux services de santé mentale primaires, le recours minimal aux services hospitaliers pour des raisons de santé mentale et la continuité des soins (WHO/WONCA, 2008).

Historique derrière l'intégration des soins de santé mentale aux soins de santé primaires

Influence contextuelle du Canada. Au Canada, les politiques en matière de santé sont de juridiction provinciale. Néanmoins, le gouvernement du Canada prescrit un niveau minimal quant aux soins à offrir et, en raison d'ententes, les provinces peuvent offrir une gamme de services plus élargie. Dans un article ultérieur à la *Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada* (Romanow, 2002), Romanow et Marchildon (2003) apportent un certain éclairage historique concernant l'intégration tardive des soins de santé mentale aux soins de santé primaires. Selon eux, la faible intégration des soins de santé mentale dans les soins de première ligne offerts gratuitement à la population s'explique par la contribution de trois grandes phases de l'élaboration contemporaine du système de santé canadien. Ces trois phases sont l'hospitalisation, la gratuité des soins de santé primaires et la désinstitutionalisation. Pour reprendre leurs propos, c'est à partir de 1961 que les services couverts par l'état incluent la prestation de soins dans les hôpitaux dits réguliers qui s'occupent des problèmes de santé physique et qui offrent des services d'urgence psychiatrique. À cette époque, les hôpitaux psychiatriques offrent aussi les

soins de santé mentale longue durée, mais ne sont pas défrayés par l'état. En raison de cette division entre les problématiques défrayées ou non par l'état et des différents rôles des hôpitaux, les auteurs affirment qu'il en résulte une première disparité entre l'offre de services offerts pour les problèmes de santé physique et pour les problèmes de santé mentale.

Ensuite, vient l'adhésion, par l'ensemble des provinces, à la gratuité des soins de santé primaires proposée par le gouvernement canadien. Le médecin de famille¹ est alors rémunéré par le gouvernement et devient l'élément central des soins de santé primaires par où transigent les soins du patient. Romanow et Marchildon (2003) soulignent que, depuis, peu d'autres professionnels ont eu le même privilège en première ligne et, ce, fort probablement pour limiter les dépenses reliées au système de santé. Ils défendent que cela explique le peu de services offerts pour les besoins de santé mentale en première ligne.

Enfin, dans les années 1970, les personnes autrefois internées dans des hôpitaux psychiatriques se retrouvent dans la communauté après la désinstitutionalisation. L'offre de services par le médecin de famille reste alors la norme dans les soins de santé primaires. Celui-ci a alors la possibilité (ou la charge) de s'occuper lui-même des patients souffrant de troubles mentaux sévères, de les référer au psychiatre ou encore à d'autres professionnels en santé mentale. Romanow et Marchildon (2003) critiquent cependant le fait que les soins spécialisés en santé mentale au niveau de la première ligne soient

¹ Les termes médecin de famille, omnipraticien et médecin généraliste se substituent l'un à l'autre dans le présent document et ont le sens de médecin qui œuvre en première ligne.

essentiellement offerts dans le privé et donc inaccessibles pour la majorité de la population.

Ainsi, Romanow et Marchildon (2003) mettent en évidence l'intérêt tardif du gouvernement canadien à offrir des services gratuits et spécifiques à la clientèle de santé mentale dans les soins de santé primaires. L'historique démontre plutôt une gestion des soins disparates selon que les besoins sont physiques ou mentaux ou encore que les services sont offerts en première ligne ou dans les autres niveaux de soins. Enfin, le médecin de famille reste le principal intervenant en première ligne bien que l'intégration des soins de santé mentale depuis la désinstitutionnalisation exige de lui qu'il offre une toute nouvelle gamme de services qui diffère des soins de santé physique traditionnellement desservis dans les soins de santé primaires.

Par ailleurs, dans un mémoire présenté lors des consultations de la *Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada* (Romanow, 2002), l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM, 2001) ajoute d'autres éléments de compréhension en lien avec les soins de santé mentale primaires. Bien que son rapport porte essentiellement sur les besoins pour les personnes qui souffrent de troubles mentaux graves, on y lit, entre autres, que « la santé mentale et la maladie mentale sont des phénomènes distincts qui ont chacun besoin d'attention » (p. 1), que « la santé et la maladie mentale possèdent d'uniques éléments qui les distinguent de nombreux autres troubles médicaux » (p. 1), que « très peu d'effort est dévoué à la prévention de la maladie et à la promotion de la

santé » (p. 12) et que les médecins généralistes « voient de plus en plus de personnes pour des problèmes de santé mentale » (p. 6).

Ainsi, l'ACSM (2001) semble vouloir souligner l'importance de distinguer la santé mentale des troubles mentaux et la santé physique de la santé mentale. Elle souligne aussi l'importance de promouvoir une santé mentale saine et de prévenir autant que possible les problèmes de santé mentale. Enfin, elle met en évidence la présence de problèmes de santé mentale de plus en plus fréquents dans les consultations médicales.

Influence contextuelle du Québec. Comme les soins de santé offerts par les provinces incluent au moins le standard exigé au niveau national, on remarque les mêmes facteurs historiques de l'intégration des soins de santé mentale aux soins de santé primaires. Cependant, certains facteurs propres à l'histoire des soins de santé mentale québécois existent.

Dans un article de 1996, White présente et critique les grandes étapes de l'histoire des services en santé mentale au Québec, selon des cycles de dix ans, jusqu'à l'émergence et l'implantation de la première *Politique de santé mentale* (MSSS, 1989). Ainsi selon White, dans les années 1950 et auparavant, le système de santé mentale était de type traditionnel avec des asiles offrant des services de santé mentale en hospitalisation ou encore la garde de longue durée pour différentes clientèles (patients souffrant de désordres mentaux, handicapés intellectuel ou physique et enfants illégitimes). Ces

institutions étaient pour la plupart dirigées par des communautés religieuses et l'accès à un psychiatre, principal professionnel en santé mentale à l'époque, restait rare.

Puis, dans les années 1960, un intérêt pour la promotion de la psychiatrie communautaire succède à la hausse du nombre de psychiatres. Ceux-ci ont pour objectif la désinstitutionnalisation et souhaitent un accès à des cliniques externes de psychiatrie dans les hôpitaux dits généraux pour les patients. Ils désirent alors que les services soient offerts par des équipes multidisciplinaires et que les services de longue durée soient offerts dans des refuges spécialisés dans la communauté.

D'une manière rétrospective, White (1996) parle alors d'une période où la psychiatrie et les soins de santé mentale sont devenus quasiment invisibles. En fait, elle souligne qu'en 1971 le gouvernement québécois crée le Ministère des Affaires Sociales afin de s'occuper de la gestion du système de santé autrefois pris en charge par les communautés religieuses. Les problèmes de santé mentale sont alors perçus telle une maladie comme les autres nouvellement gérée par le système général de santé qui se dote alors de nouveaux hôpitaux spécialisés et de Centre Locaux de Services Communautaires (CLSC). De cette période, White en conclut trois éléments négatifs pour les soins de santé mentale. D'abord, le gouvernement crée un monopole de l'offre des services en santé mentale. Ensuite, l'intégration des soins de santé mentale dans le modèle médical favorise la spécialisation biomédicale des psychiatres. Enfin, au sein même du gouvernement, il y a perte du statut distinct entre les soins de santé mentale et physique.

D'ailleurs, dans un autre article, White (1993) résume bien sa pensée à l'égard de cette période :

Avec l'assurance-maladie universelle et l'assurance-hospitalisation universelle (cette dernière déjà en vigueur depuis une décennie), le nouveau réseau visait à répondre à tous les besoins de la population en matière de soins de santé et de services sociaux. Par contre, il ne considérait pas les troubles mentaux comme une question à part, mais comme une maladie au même titre que les autres (p. 12).

Puis, White (1996) mentionne différents effets néfastes de la désinstitutionnalisation. Elle parle, entre autres, de l'absence d'institutionnalisation pour les personnes qui souffrent de troubles mentaux graves et de l'absence de services publics en dehors des organismes communautaires qui essaient de combler les besoins de cette clientèle et les trous du système public.

Dans l'ensemble, White (1996) relève à sa façon des constats sur les services de santé mentale au Québec qui recoupent en grande partie ceux de Romanow et Marchildon (2003) au niveau national. Elle suggère que l'histoire québécoise des services de santé mentale comprend une succession de façons différentes de concevoir et de traiter les problèmes de santé mentale. Ainsi, l'offre de services de santé mentale serait passée d'un système peu organisé, à un système psychiatriisé tendant vers la désinstitutionnalisation, puis à un système général et médicalisé jusqu'à un système plus communautaire. En parallèle, les problèmes de santé mentale sont compris tour à tour comme des problèmes de nature psychiatrique, médicale, puis sociale. Quant aux soins de santé mentale, ils sont offerts d'abord par des communautés religieuses, puis par des psychiatres, des organismes communautaires et par les CLSC. Enfin, elle fait état d'une période où la

spécificité des besoins en matière de santé mentale n'existe pas. D'un côté, cette façon de normaliser les problèmes de santé mentale auraient pu atténuer les préjugés. Cependant, White semble croire plutôt que cela a dissimulé le caractère distinct des problèmes de santé mentale par rapport aux problèmes de santé physique.

En complémentarité à ce regard sur le système de santé mentale au Québec, il s'avère essentiel de situer l'apport des CLSC qui sont impliqués dans l'offre de services de santé mentale dans la communauté depuis les années 70. Gaumer et Fleury (2008) décrivent les grandes étapes de leur création jusqu'à l'arrivée du PASM (MSSS, 2005). Selon eux, cette structure a comme fonction au départ d'offrir des soins médicaux, sociaux et communautaires tant sur le plan curatif, préventif que de la réhabilitation. Les CLSC deviennent alors le point d'entrée du système de santé et de services sociaux. Chaque CLSC est autonome et diffère des autres puisqu'il est directement en lien avec les besoins de sa communauté. Gaumer et Fleury expliquent que, dans les années 1980, les CLSC ciblent cinq types de services essentiels pour favoriser l'accès aux services, dont la santé mentale. Puis, dans les années 1990, le rôle de porte d'entrée dans le système de santé se consolide et les CLSC deviennent une structure importante pour le virage ambulatoire. Enfin, on leur demande de collaborer étroitement avec le médecin de famille qui reste l'intervenant au centre de la première ligne. Par rapport aux services de santé mentale, Gaumer et Fleury indiquent que les CLSC jouent un rôle important, d'une part, parce qu'ils soutiennent les organismes communautaires en santé mentale et, d'autre part, parce qu'ils sont les seuls à offrir des services de santé mentale de première ligne gratuitement.

tant aux enfants et aux adultes de la population générale qu'aux personnes souffrant de troubles mentaux sévères. Les auteurs indiquent de plus que les CLSC auront aidé à passer d'un modèle médical à un modèle plus social. Partant des propos de Gaumer et Fleury, on comprend que les services de santé mentale sont offerts de plus en plus près de la communauté, pour tous les groupes d'âge et davantage en collaboration avec les médecins de famille.

Politiques de santé mentale du Québec. Par ailleurs, deux politiques québécoises ont orienté l'offre des services de santé mentale et la structure de ces services jusqu'à l'arrivée du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* (MSSS, 2005). En 1989, le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec de l'époque présente sa première *Politique de santé mentale*. Selon White (1996), cette politique en santé mentale comprend trois objectifs principaux : la diversification et la prolifération de ressources de santé mentale dans la communauté, la désinstitutionnalisation du budget de santé mentale des instituts pour favoriser les services communautaires et une réorientation d'un modèle hautement médicalisé vers un modèle plus psychosocial qui met l'accent sur l'intégration sociale des personnes souffrant de problèmes mentaux graves. Bien qu'elle mentionne plusieurs problématiques découlant de l'implantation de la politique de 1989, White indique tout de même, qu'avec cette réforme, l'institution psychiatrique n'est plus la seule autorité à se pencher sur les soins à offrir aux personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Cette politique reconnaît alors le pouvoir des ressources communautaires autrefois invisible.

Par la suite, puisque les ressources de santé mentale sont encore essentiellement concentrées dans les milieux hospitaliers et que la communauté offre réellement peu de services organisés, selon White (1996), le gouvernement québécois présente une autre politique pour améliorer les soins de santé mentale. En 1998, le *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale* (MSSS, 1998) met ainsi l'accent sur les services d'aide aux personnes souffrant de troubles mentaux graves et leurs proches qu'on considère vulnérables face au système. Il est question alors d'une clientèle qui souffrent de troubles mentaux graves et persistants avec de grandes incapacités et qui nécessite un suivi intensif dans la communauté. La transformation des services de santé mentale vise alors à favoriser une meilleure qualité de vie et intégration sociale de cette clientèle.

Par conséquent, ces politiques de santé auront permis de sortir la problématique de la santé mentale des institutions psychiatriques et d'offrir des services plus accessibles aux patients souffrant de troubles mentaux graves. Toutefois, bien que la politique de 1998 souligne dans ses quatre préoccupations que « l'on ne doit pas exclure les autres groupes d'usagères et d'usagers » (MSSS, 1998, p. 12), les objectifs concrets sont très peu centrés sur les soins de santé mentale pour la population générale et les personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale courants, ce qui laisse la voie grande ouverte pour le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* (MSSS, 2005).

En somme, cette analyse de l'histoire du système de santé canadien et québécois et des politiques québécoises en santé mentale permet de dégager plusieurs facteurs qui

peuvent expliquer l'intérêt récent pour l'intégration des soins de santé mentale aux soins de santé primaires : 1) historiquement, il existe une disparité entre les services défrayés par l'état pour les soins de santé physique et les soins de santé mentale au profit des premiers, tant sur le plan des soins spécialisés que des soins de base. Conséquemment, les services de première ligne spécialisés en santé mentale gratuits seraient peu accessibles; 2) la santé mentale et les troubles de santé mentale, même courants, sont des perspectives distinctes d'un même continuum. Tant la promotion d'une bonne santé mentale que l'intervention auprès de personnes souffrant de troubles mentaux courants ou graves nécessite une attention spécifique propre à leur particularité et fort probablement une gamme de services adaptés; 3) la santé mentale et les problèmes de santé mentale se distinguent aussi de la santé physique et des problèmes de santé physique. Par conséquent, lors du développement de nouveaux soins de santé, leurs dissemblances devraient être prises en considération; 4) l'histoire des services de santé mentale indique qu'un processus graduel s'effectue afin de passer d'un système de santé mentale curatif à un système plus préventif. Mais, d'une part, les soins de santé mentale semblent en retard par rapport aux soins de santé physique et, d'autre part, les stratégies de développement des services de santé mentale apparaissent centrées autour des problèmes de santé mentale et peu autour de la santé mentale saine indiquant que la culture promotionnelle de la santé mentale serait encore à développer dans les politiques de santé mentale; 5) la perception des problèmes de santé mentale a évolué au cours des différentes périodes de réorganisation des soins de santé mentale. Actuellement, il semble que celle qui prévaut tend vers une vision qui englobe à la fois les facteurs biologiques (traditionnellement

nommés médicaux), psychologiques et sociaux (ou approche biopsychosociale) et 6) Les changements dans l'offre de services de santé mentale touchent aussi les intervenants qui offrent lesdits services. Depuis la désinstitutionalisation et l'offre graduelle de soins de santé mentale en première ligne, il semble y avoir un accroissement du nombre d'intervenants en santé mentale. Comme les soins de santé mentale étaient autrefois exclus des soins de première ligne, le médecin de famille a vu son rôle s'élargir au fil des réformes en santé mentale ce qui le place de plus en plus au centre des services. En contrepartie, peu d'éléments clarifient le rôle des autres intervenants en santé mentale.

Le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*

Le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* (MSSS, 2005) fait suite à une large consultation réalisée au début de l'année 2005 par la Direction de la santé mentale du Ministère de la Santé et des Services sociaux. Il a pour but de consolider les services de santé mentale en première ligne afin de « doter le Québec d'un système efficient de santé mentale » (p. 12). Dans la présentation du document, Mr. le ministre Philippe Couillard déclare alors que : « le temps était venu d'accorder à l'organisation et à l'accessibilité des services en santé mentale la même attention qu'historiquement, nous avons accordé aux problèmes de santé physique » (p. 5). Il met ainsi en évidence l'écart qui existe historiquement entre les services offerts pour les soins physiques et mentaux et les lacunes en matière d'offre de services en santé mentale.

Avec le PASM (MSSS, 2005), le gouvernement québécois souhaite que les services de santé mentale soient accessibles à toute la population et qu'ils visent « à promouvoir la santé, à prévenir les maladies et à offrir des services diagnostiques, curatifs et de réadaptation » (p. 24). Cela signifie donc que l'intégration des soins de santé mentale aux soins de santé primaires a pour but de rendre accessible une aide qui favorise le développement d'une santé mentale saine, ainsi que des activités de prévention pour les problématiques à risque et d'intervention afin de soutenir rapidement le retour et le maintien d'une bonne santé mentale lorsque des problèmes sont manifestes.

La réorganisation des services de santé mentale en première ligne s'actualise, d'une part, par une meilleure prise en charge des besoins de la population en matière de santé mentale par les médecins généralistes et, d'autre part, par le soutien de cette prise en charge par le psychiatre, qui agit à titre de répondant, et par l'équipe de santé mentale des Centres de santé et de services sociaux (CSSS). Cette dernière a pour mandat d'offrir des services à ceux qui n'ont pas de médecin de famille ou qui ont un trouble mental qui ne peut être pris en charge par les services de première ligne dits généraux offerts par les CLSC, les cliniques médicales, les groupes de médecine familiale, les psychologues en cabinet privé ou en milieu scolaire, les organismes communautaires et les services hospitaliers d'urgence. Cette équipe administre aussi le guichet d'accès qui permet d'évaluer les demandes de services pour des raisons de santé mentale afin qu'elles soient, selon le cas, prises en charge par les services dits généraux, par eux-mêmes ou encore par un niveau de soins plus spécialisé en santé mentale.

Ainsi, le PASM (MSSS, 2005) subdivise les services à la population générale en deux volets. Le premier couvre les services médicaux et psychosociaux généraux de première ligne et le second, les services de crise. Les services généraux incluent ainsi la prestation de services par différents intervenants qui travaillent souvent dans différents milieux et à qui on recommande de collaborer entre eux. Ces intervenants sont les médecins de famille, les pédiatres, les psychologues en cabinet privé et en milieu scolaire, les organismes communautaires, ainsi que différents services offerts par les CSSS qui ne sont pas spécialisés en santé mentale (services généraux et courants et services Famille-enfance-jeunesse). Ces ressources peuvent soit elles-mêmes répondre aux besoins de la clientèle, soit référer celle-ci à des services plus appropriés.

Outre l'offre de services de santé mentale pour toute la population, le PASM (MSSS, 2005) se concentre en grande partie sur les services pour certaines clientèles particulièrement vulnérables telles que les enfants, jeunes et adultes avec un trouble mental, les personnes à haut risque suicidaire et les personnes présentant une comorbidité tel un problème de santé mentale avec toxicomanie. Pour ces clientèles, les services de base sont les mêmes. Cependant, des mesures spécifiques visent une bonne évaluation de la situation problématique et la dispensation des meilleurs traitements possibles. L'implication de la nouvelle équipe de santé mentale des CSSS est un élément clé de ces mesures.

De plus, le PASM (MSSS, 2005) mentionne plusieurs types d'intervenants qui peuvent être consultés pour des soins de santé mentale en première ligne : le médecin

généraliste, qui reçoit « près de 40% de personnes souffrant de troubles mentaux, souvent camouflés par des plaintes somatiques réelles » (p. 67); les organismes communautaires, qui offrent des services de réinsertion au travail, d'hébergement, de soutien aux personnes suicidaires et à leur famille; les psychologues en privé, qui « jouent un rôle important dans le traitements des troubles modérés » (p. 67); les groupes de médecine familiale, qui offrent des services d'évaluation, de diagnostic, de traitement et une prise en charge; les services généraux et l'équipe de santé mentale des CSSS qui assurent l'accès aux services cliniques pour l'ensemble de la population de son territoire; l'agent de liaison, qui a pour mandat de faire le pont « entre les ressources du milieu » (p. 71) (unité d'urgence, hôpital, services dans la communauté, etc.) et l'intervenant pivot, qui travaille en interdisciplinarité et aide le client à se réapproprier sa vie après une crise en considérant étroitement ses besoins.

Par ailleurs, le PASM (MSSS, 2005) prend en considération sept enjeux majeurs: le rétablissement de la personne dans sa globalité et sa participation active; la stigmatisation; le suicide; l'accessibilité aux services; le partenariat entre les différents pourvoyeurs de services et les différents niveaux de services; le soutien de la première ligne par la deuxième ligne de services; l'accessibilité de l'expertise pour les jeunes et l'assouplissement du passage de leurs services à ceux pour les adultes. On remarque que ces enjeux priorisent soit une problématique organisationnelle, comme le partenariat et le soutien entre les services, soit une problématique entourant les troubles de santé mentale, comme le suicide et le rétablissement.

Le PASM (MSSS, 2005) fait aussi mention de six principes directeurs qui constituent le cadre de référence pour la concrétisation de ses recommandations. L'un de ces principes nous intéresse particulièrement, c'est la continuité. Celle-ci est définie comme une façon d'assouplir les frontières entre les interventions et de réduire les ruptures dans les services. Elle est reconnue par l'OMS (2001) et par Santé Canada (2002b) comme un enjeu important de la qualité des services en santé mentale. Mais encore, l'intégration des soins de santé mentale aux soins de santé primaires permettrait l'actualisation de la continuité des soins en santé mentale (OMS, 2001).

En résumé, le PASM (MSSS, 2005) se maintient dans la lignée des politiques précédentes tout en étant innovateur. En effet, avec cette politique, le gouvernement québécois tente de réduire la disparité qui existe historiquement entre les soins de santé physique et les soins de santé mentale et entre les soins spécialisés et les soins de première ligne. Par exemple, il favorise une prise en charge de plus en plus précoce des problèmes de santé mentale à l'instar des autres politiques et met, pour la première fois, l'accent sur les services de santé mentale pour les patients souffrant de troubles mentaux courants. Il est même question d'offrir une gamme de services qui commence aussi précocement que la promotion et la prévention de la santé mentale. De plus, cette politique continue d'accroître la quantité d'intervenants ou de structures qui œuvrent auprès de la clientèle de santé mentale en première ligne en ajoutant une équipe de santé mentale dans les CSSS afin de soutenir les services généraux de la première ligne et afin de pouvoir mieux coordonner les services de première et de deuxième ou troisième ligne.

Enfin, il concrétise la place du médecin comme acteur central des soins de santé mentale en première ligne.

Toutefois, malgré les améliorations proposées par le PASM (MSSS, 2005), certaines orientations limitent peut-être l'opportunité de contrebalancer certaines lacunes historiques. Premièrement, bien que l'on indique vouloir offrir des soins à l'ensemble de la population, on note que le gouvernement se contredit. En effet, dès le début du mot du ministre, les préoccupations s'orientent vers les personnes qui souffrent de troubles mentaux plutôt qu'à l'ensemble de la population générale :

Dans notre entourage, nous connaissons toutes et tous des personnes qui ont des problèmes de santé mentale. Ces personnes que nous côtoyons sont des citoyennes et des citoyens à part entière. Leur rétablissement n'est pas une utopie, mais une ambition réalisable. C'est dans cette perspective que le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* a été conçu, afin de canaliser les énergies de l'ensemble des intervenants qui œuvrent dans le secteur de la santé mentale et de favoriser l'ouverture et l'accueil à l'égard des personnes atteintes, au sein de la population québécoise (p. iii).

Cette contradiction est aussi manifeste dans l'objectif général de la politique qui est d'offrir des services aux personnes ayant un trouble de santé mentale et à leur famille et pour celles qui présentent un risque suicidaire. L'offre de services pour les personnes ayant un problème de santé mentale courant sera bien évidemment toujours pertinente et elle est sans contredit une des contributions de cette nouvelle politique en santé mentale. Néanmoins, le PASM (MSSS, 2005) aurait pu mettre aussi l'accent sur l'intervention précoce avant que la problématique ne réponde nécessairement au critère d'un trouble mental courant, ainsi que sur des moyens concrets pour la promotion et la prévention de la santé mentale. En fait, malgré une vision élargie des soins de santé mentale en

première ligne, le PASM (MSSS, 2005) se penche peu sur le sujet de la promotion et de la prévention. D'ailleurs, dès les premières pages du document, on renvoie le lecteur au *Programme national de santé publique 2003-2012* (Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003). Ainsi, l'impression qui s'en dégage veut que l'on se préoccupe essentiellement des problèmes de santé mentale et non de la santé mentale dans toute sa globalité. Mais aussi, il apparaît difficile d'inclure dans les politiques de santé mentale des mesures et des recommandations spécifiques afin de promouvoir la santé mentale. Le fait de reléguer la promotion de la santé mentale à la santé publique, qui vise des campagnes de promotion à grande échelle, exclut la possibilité de concevoir comment les intervenants pourraient favoriser la promotion sur une base plus individuelle. Pourtant, la Figure 4 du PASM (MSSS, 2005, p. 73) qui porte sur le continuum de services en santé mentale indique clairement que tous les acteurs peuvent participer à la prévention et à la promotion. Par conséquent, l'intégration de mesures concrètes pour soutenir des actions individualisées de promotion de la santé mentale sont encore à développer au sein des politiques de santé mentale.

Deuxièmement, le PASM (MSSS, 2005) réitère l'importance qui est accordée à la relation entre le médecin et la clientèle de première ligne. Toutefois, il est possible de se demander dans quelle mesure le médecin de famille est le mieux placé pour être l'élément central des soins de santé mentale primaires, car son rôle était, avant l'arrivée des politiques de santé mentale, axé sur la santé physique et ses problématiques. De plus, cet accent sur le rôle central du médecin, fait que la politique précise peu en quoi les

autres intervenants impliqués auprès de la population générale et des personnes souffrant de troubles mentaux courants pourraient être mis à contribution. En effet, d'une part, on sent que le rôle des intervenants, lorsque précisé, sert surtout à soutenir le travail du médecin de famille. Par exemple, pour les intervenants des services généraux on ne fait que recommander qu'ils collaborent avec le médecin de famille. Le psychiatre quant à lui devient consultant pour le médecin et la première ligne. D'autre part, on a l'impression que les rôles sont flous comme au sein de l'équipe de santé mentale pour laquelle le PASM (MSSS, 2005) ne donne aucune précision quant aux rôles spécifiques de chacun. Pourtant, la prestation de soins de santé mentale primaires semble être offerte par plusieurs intervenants ayant des formations parfois bien différentes.

Portrait de l'utilisation des services de santé mentale en première ligne au Québec

Quelques études populationnelles réalisées au Québec apportent un éclairage sur l'utilisation réelle des services de première ligne pour les besoins de santé mentale. Même s'il est difficile d'avoir un portrait juste de la situation, étant donné que ces études examinent souvent l'utilisation de services différents ou encore de consultations avec des intervenants qui ne sont pas comparables d'une étude à l'autre, on y recense plusieurs éléments communs ou des pistes de réflexions intéressantes.

En 1997, McCusker et al. (1997) effectuent une étude sur l'utilisation des services pour des troubles anxieux chez 235 personnes qui consultent dans trois types de clinique (clinique générale, clinique psychiatrique et clinique privée de psychologues). Parmi les patients qui ont recherché de l'aide pour leur anxiété pour la première fois dans les douze

derniers mois ($N = 107$), 89 % ont consulté une ou plusieurs fois un service médical (médecin généraliste, médecin spécialiste ou l'urgence médicale) durant cette année avant d'être référés vers les services de santé mentale (psychiatre, psychologue, travailleur social et conseiller) et 50 % en étaient à leur première consultation avec des services spécialisés en santé mentale au début de l'étude. Par ailleurs, les résultats indiquent pour l'ensemble des participants que les psychiatres et les psychologues sont les plus consultés après les médecins. Les patients des cliniques psychiatriques sont ceux qui consultent le plus, tant dans les services médicaux que dans les services de santé mentale, alors que ceux des cliniques générales consultent moins dans les services de santé mentale et ceux des cliniques de psychologues consultent moins dans les services médicaux. Les personnes avec un niveau faible d'éducation, un degré d'anxiété plus sévère et une durée de soins qui varie entre une et quatre années présentent un haut niveau de consultations de services médicaux (dix fois et plus). En contrepartie, un haut niveau de consultations de services de santé mentale (dix fois et plus) se retrouve davantage chez les personnes qui consultent dans des cliniques psychiatriques et dont la durée de soins est de cinq ans et plus. Cette dernière association est significative pour tous les types de clinique, mais plus pour les cliniques de psychiatrie et moins pour les cliniques administrées par des psychologues. À partir de ces résultats, les auteurs se questionnent donc sur l'accessibilité aux services de santé mentale pour les personnes moins scolarisées et sur le fait que le processus de référence vers les services de santé mentale pour de l'anxiété est long. Ils tentent aussi de trouver un sens au fait que les personnes qui souffrent d'anxiété ont tendance à se diriger vers des services de santé

mentale après avoir consulté des services médicaux. Selon eux, ces résultats suggèrent peut-être aussi que l'utilisation des services de santé mentale pourrait avoir un effet réducteur sur l'utilisation des services médicaux et possiblement sur la sévérité de leur anxiété. Toutefois, les auteurs se gardent de conclure à une plus grande efficacité des soins de santé mentale, particulièrement avec les psychologues, puisque l'étude ne peut déterminer si l'effet est dû au type de consultation ou encore à la différence de clientèle qui consulte dans chaque type de clinique. Par conséquent, les auteurs suggèrent que des recherches plus approfondies examinent l'efficacité, entre autres, de l'utilisation de services médicaux pour l'anxiété.

Pour leur part, Lefebvre et al. (1998) étudient les facteurs associés aux raisons des consultations dans les services de santé mentale chez 893 montréalais. Les résultats soulignent que les hommes, les personnes en couple, les personnes âgées de 45 ans ou plus, celles qui perçoivent leur état de santé mentale comme bon ou excellent, celles qui ne présentent pas de comorbidité ou encore de problèmes chroniques utilisent moins les services. De plus, le médecin de famille est l'intervenant en santé mentale le plus consulté (4,1 %) dans la dernière année, suivi de près par les psychologues (3,4 %). Il semble aussi que les médecins soient consultés davantage par les personnes qui présentent une comorbidité ou encore qui souffrent d'un désordre actuel. De leur côté, les spécialistes en santé mentale (psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, thérapeutes occupationnels et infirmiers en psychiatrie) le sont davantage par les personnes qui souffrent de problèmes chroniques ou qui ont déjà eu un problème de santé mentale dans

le passé. Les auteurs font l'hypothèse que la faible utilisation des services par les hommes serait attribuable à une faible utilisation de leur réseau social et par les personnes de 45 ans et plus, au fait qu'elles seraient moins enclines à consulter des services de santé mentale que les plus jeunes. Quant à la plus forte utilisation de services de santé mentale par les personnes ayant une chronicité, les auteurs soulignent qu'elles les utilisent peut-être pour une question de prévention et de continuité de soins.

Une autre étude portant sur la santé mentale chez les adultes montréalais (Direction de la santé publique, 2002) indique que 50 % des montréalais avec un problème de santé mentale ne consultent pas et que les jeunes, les personnes âgées et les personnes vivant en couple consultent moins que les autres. Les médecins sont là aussi les plus consultés (7 %), suivi des psychologues (5 %) et des psychiatres (2,7 %). En outre, les résultats indiquent que les services généraux (médecin, travailleur social, infirmière, ergothérapeute, CLSC) sont davantage utilisés que les services spécialisés en santé mentale (psychologue, psychiatre, urgence et les divers organismes spécialisés) et qu'un tiers des personnes qui consultent chez ces derniers font le choix de se payer un psychologue au privé. Par ailleurs, les résultats indiqueraient aussi que les problèmes courants de santé mentale seraient les moins bien détectés et traités alors qu'ils sont les plus fréquents. La Direction de la santé publique se questionne donc sur l'accessibilité, la disponibilité, l'efficacité et la continuité des services, ainsi que sur les attitudes favorables à la promotion d'une santé mentale saine et à la prévention de ces perturbations. De plus, l'auteur mise aussi sur l'utilisation du réseau social pour aider la

population et recommande que les personnes consultent davantage. Enfin, la Direction de la santé publique cherche à normaliser la consultation : « Rechercher de l'aide pour la détresse psychologique devrait être tout aussi normal que de consulter pour tout symptôme physique » (2002, p. 7).

Dans une étude comparative sur l'utilisation des services pour des raisons de santé mentale entre les provinces canadiennes, Vasiliadis et al. (2005) présentent, entre autres, les résultats pour la population québécoise. On note que les femmes et les personnes célibataires ou divorcées utilisent davantage les services, alors que les personnes ayant moins d'un secondaire V ou provenant d'une minorité ethnique les utilisent moins. Le médecin (de famille ou autre) est le plus consulté (4,9 %), suivi des spécialistes en santé mentale (psychiatres ou psychologues) (4,6 %) et des autres professionnels (infirmier, travailleur social ou conseiller spirituel) (3,7 %). Recevoir des services conjoints d'un médecin et d'un autre intervenant en santé mentale est encore rare. Les auteurs croient que les problèmes d'accessibilité et le manque de connaissance des services de santé mentale seraient des sources d'influence de l'utilisation des services.

Benigeri (2007) présente dans un rapport le portrait d'utilisation des services de santé mentale des montréalais (jeunes et adultes) à partir d'une banque de données créée par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal sur les hospitalisations, les interventions en CLSC ainsi que les actes médicaux. Les résultats de l'analyse indiquent que, sur une année, 7,7 % de la population a eu au moins un contact santé mentale, défini comme le fait d'avoir consulté soit un omnipraticien pour sa santé mentale et avoir reçu

un diagnostic, soit un psychiatre à l'urgence, en clinique externe ou en clinique privé, soit avoir été hospitalisé pour des raisons de santé mentale ou encore avoir reçu des services au CLSC avec un profil santé mentale. Cette étude souligne aussi la prépondérance des femmes parmi les utilisateurs de services pour des besoins de santé mentale (62 %). Par ailleurs, le médecin est encore une fois le plus consulté (60 %). Parmi les personnes qui consultent, 49 % le font uniquement avec un omnipraticien et en majorité pour une ou deux consultations dans l'année (67 %).

Les résultats d'une étude portant cette fois sur la qualité du suivi médical dans les trois premiers mois suivant le diagnostic de dépression chez une population adulte de Montréal (Houle et al., 2010) démontrent qu'un patient sur dix n'a reçu aucun suivi après leur diagnostic de dépression. Par contre, près des 4/5 de la clientèle ont vu au moins une fois durant ces trois premiers mois leur médecin de famille (79,8 %) et dans une proportion moindre (23,4 %), un psychiatre. Les auteurs ont jugé que 31 % des participants avaient reçu un suivi de qualité, mesuré selon quatre critères (l'occurrence : au moins un rendez-vous de suivi avec un psychiatre ou un médecin de famille; la promptitude : le premier suivi dans les 30 jours; la continuité de l'intervenant : au moins 50 % des suivis avec le même médecin; la fréquence : trois suivis minimum en trois mois). Selon les auteurs, le meilleur suivi serait offert par les deux intervenants conjointement, mais serait peu fréquent (13,6 %). En fait, les personnes âgées n'obtiennent un bon suivi à aucun des quatre critères et pour les hommes, seule la rapidité du suivi est adéquate. Quant aux personnes ayant un statut socioéconomique très faible,

elles reçoivent un suivi moins continu, tout comme les personnes avec un statut socioéconomique très élevé ne sont pas vues assez fréquemment. Les personnes avec une comorbidité sur le plan de la santé physique reçoivent un suivi moins rapide, mais plus fréquent. Enfin, les personnes présentant à la fois un trouble anxieux et un problème de consommation n'ont pas reçu un suivi très rapide. Les auteurs suggèrent, entre autres, que ces résultats confirment le rôle central du médecin de première ligne pour la dépression et que les services offerts en collaboration seraient meilleurs, même s'ils sont encore rares. À ce sujet, les auteurs recommandent donc que des études se penchent sur la valeur ajoutée des suivis conjoints. Par ailleurs, une des raisons qui peut expliquer les résultats quant à la qualité du suivi en lien avec le niveau socioéconomique veut que les plus nantis ont la possibilité de se tourner vers des services spécialisés au privé, alors que l'accessibilité aux services publics pour les gens moins aisés est sujet à des listes d'attente et à la priorisation des situations les plus sévères. De plus, les auteurs rappellent qu'il est possible que la peur de la stigmatisation limite l'initiative à aller consulter chez les hommes et les personnes âgées. Dans leur discussion, les auteurs mentionnent aussi que le suivi de personnes avec un diagnostic de dépression peut particulièrement être complexe lorsque le médecin doit aussi prendre en considération et traiter des problèmes de santé physique, ce qui est souvent le cas chez les personnes âgées et les personnes qui présentent une comorbidité au niveau physique. Enfin, les auteurs suggèrent que des études futures examinent les différents types d'interventions offerts lors des suivis et les intervenants autres que le médecin et le psychiatre.

Enfin, dans une étude comparative sur l'utilisation des services de santé mentale auprès cette fois de populations francophones du Canada, de la France et de la Belgique. Tempier et al. (2010) présentent quelques résultats pour la population québécoise. On y lit, entre autres, que la majorité des personnes qui ont souffert de troubles mentaux courants au cours de la dernière année ne recherche pas d'aide (56,1 %). En fait, 45,8 % et 78,5 % respectivement des personnes qui souffrent d'un épisode de dépression majeure ou d'un trouble anxieux ne consultent personne, alors que ce taux d'absence de consultation chute à 35 % lorsqu'il y a comorbidité. Chez les gens qui consultent, on note qu'elles le font généralement avec un médecin de famille, soit seul (11,4 %) ou conjointement avec un professionnel de la santé mentale (psychologue, travailleur social, infirmier, conseiller) (20 %). Parfois, le psychiatre et un professionnel de la santé mentale sont aussi consultés conjointement (11,5 %). En outre, les résultats de l'étude indiquent que bien que l'état ne défraye pas l'ensemble de leurs services, les québécois consultent davantage de professionnels de la santé mentale comparativement aux français. Toutefois, l'étude ne précise pas de quel type de professionnel il s'agit entre un psychologue, un travailleur social, un infirmier ou un conseiller. Cette étude met aussi en évidence le fait que les femmes francophones du Canada (au Québec et à l'extérieur du Québec) recherchent davantage d'aide que les hommes au cours de leur vie. Pour ce qui est du faible taux de consultation, particulièrement chez les personnes qui manifestent un trouble anxieux, les auteurs suggèrent que la capacité à identifier les besoins de santé mentale et la connaissance des traitements disponibles et efficaces pourraient influencer la perception du besoin d'aide et l'utilisation des services chez la clientèle. La présence

de ressources, soit le nombre de chaque type d'intervenant, serait aussi un facteur relié à l'utilisation des services. Enfin, le fait qu'au Québec les médecins de famille soient la porte d'entrée de certains types de services spécialisés et qu'ils puissent décider de traiter eux-mêmes les problèmes de santé mentale limite peut-être l'accès aux services plus spécialisés en santé mentale.

En somme, ces études sur l'utilisation des services de santé, médicaux ou spécialisées en santé mentale, pour des raisons de santé mentale apportent un autre type d'éclairage sur les soins de santé mentale primaires. Un des faits les plus constants est le fort pourcentage de personnes avec un problème de santé mentale qui ne consulte pas. Plus précisément, il semble, de façon assez récurrente dans les études, que les hommes, les personnes plus âgées, les personnes à faible revenu ou avec un faible niveau de scolarité, les personnes en couple, les personnes qui perçoivent leur état de santé comme bon ou excellent et les personnes sans comorbidité consultent moins pour des raisons de santé mentale. Autre constat qui se répète : les personnes qui consultent pour des raisons de santé mentale le font majoritairement auprès d'un médecin de famille, sinon auprès des psychologues et des psychiatres. Souvent, le médecin est le seul intervenant consulté et le travail conjoint avec d'autres intervenants en santé mentale est encore rare même si son utilisation pourrait avoir une valeur ajoutée. Par ailleurs, il existerait une certaine chronologie dans le choix de consultant en fonction du temps écoulé depuis la recherche d'aide pour des raisons de santé mentale. Ainsi, ces résultats suggèrent que, dans un premier temps, les patients consultent surtout des services médicaux, pour finalement se

diriger vers la consultation de professionnels en santé mentale. Compte tenu de ces résultats, plusieurs pistes de réflexions peuvent être dégagées, telles que le font les auteurs afin d'expliquer leurs résultats, mais surtout pour proposer des pistes de solutions pour les besoins en santé mentale. Ainsi, l'accessibilité et la stigmatisation sont considérées parmi les enjeux à grande échelle et on se questionne sur la capacité de la population à utiliser leur réseau social et à prendre conscience de leur besoin, ainsi que sur leur connaissance des traitements disponibles et efficaces pour eux. En outre, on remet en question l'utilisation des services médicaux pour des besoins de santé mentale et, ce, pour plusieurs raisons. D'abord, parce que le processus de référence vers des services spécialisés en santé mentale semble long. Puis, parce que l'implication de services de santé mentale réduirait peut-être l'utilisation de services médicaux. Enfin, en raison du double mandat que le médecin a, soit d'avoir la responsabilité de voir aux besoins physiques et mentaux de la population générale, l'offre de services et la priorisation des problématiques à s'occuper est peut-être complexifiée. Par ailleurs, dans ces études, on connaît peu le rôle, le type de services et la raison initiale de la consultation des psychologues et psychiatres qui sont tout de même les plus consultés après les médecins. Les résultats indiquent possiblement que leur implication serait plus fréquente auprès des personnes avec des besoins chroniques et plus favorable à la prévention et à la continuité.

Contribution du psychologue aux soins de santé mentale primaires

Au Québec, pour devenir psychologue, il faut détenir un diplôme universitaire de troisième cycle en psychologie, ou une équivalence, et devenir membre de l'Ordre des Psychologues du Québec (OPQ). Selon le bureau de l'OPQ :

l'exercice de la psychologie consiste à évaluer le fonctionnement psychologique, à diagnostiquer les troubles mentaux et dysfonctions psychologiques d'ordre affectif, cognitif, comportemental et interpersonnel, ainsi qu'à recommander et à effectuer des traitements et des interventions, notamment la psychothérapie, en vue de restaurer, maintenir ou améliorer la santé, le bien-être ou le fonctionnement du client (Association québécoise des psychologues en CLSC et OPQ, 2004, p. 7).

Au cours de sa formation, le psychologue acquiert des connaissances, entre autres, sur le développement d'une bonne santé mentale, sur le fonctionnement biologique, cognitif, affectif, social, individuel et comportemental de l'être humain, sur les troubles de santé mentale, ainsi que sur l'évaluation et l'intervention auprès de diverses clientèles (OPQ, 2005). Le client qui consulte un psychologue peut être un enfant, un adolescent, un adulte, un couple, une famille, un groupe ou encore une organisation. En raison de sa formation approfondie sur la santé mentale de l'être humain, le psychologue devrait, selon l'OPQ, être placé « au cœur de la réorganisation des services en santé mentale » (2005, p. 9).

Or, dans son avis présenté lors des consultations sur le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* (MSSS, 2005), l'OPQ (2005) souligne le peu d'accès au psychologue en première ligne. En fait, à l'époque de l'avis, le Québec comptait près de 5900 psychologues cliniciens, dont la majorité travaillait en bureau privé, alors que 2200

psychologues œuvraient dans le réseau public où les services sont offerts gratuitement. Les psychologues du réseau public incluaient alors les psychologues en milieu scolaire (environ 1100), les psychologues dans les CLSC (425), ainsi que les psychologues qui travaillaient en deuxième ou troisième ligne (Association québécoise des psychologues en CLSC et OPQ, 2004; OPQ, 2005). Ainsi, il semble que l'accessibilité aux psychologues dans les soins de santé mentale primaires ne soit pas universelle et qu'elle dépende soit de leur présence dans les services publics de première ligne soit des moyens financiers de la population (OPQ, 2005).

Par ailleurs, l'OPQ ne fait pas que critiquer l'accessibilité aux psychologues dans son avis. Elle met aussi en évidence le fait que le rôle des psychologues, ainsi que celui d'autres intervenants en santé mentale dans les soins de première ligne, est flou (OPQ, 2005). En fait, le PASM (MSSS, 2005) met surtout l'accent sur la relation entre le patient et son médecin et sur l'appui à apporter à ce dernier. Selon l'OPQ, cela donne :

l'impression que le recours aux autres est vu comme complémentaire ou accessoire, que la première préoccupation est de soutenir les médecins plutôt que d'assurer des services complets de santé mentale, et que la compétence ou l'expertise propre de chacun est peu considérée. (2005, p. 11)

Ainsi, l'OPQ (2005) suggère que le psychologue pourrait jouer un rôle plus actif et mieux défini en lien avec son expertise. Selon l'Ordre, ce rôle pourrait contribuer, entre autres, à diminuer le recours aux services médicaux pour des raisons de santé mentale et pourrait possiblement réduire « la pression exercée sur eux [*les médecins*] d'être à la fois des généralistes et des spécialistes en santé mentale » (p. 9 et 10).

Selon un document portant sur la pratique des psychologues en première ligne dans les CLSC (Association québécoise des psychologues en CLSC et OPQ, 2004; OPQ, 2005), les psychologues en première ligne se doivent de répondre aux principes qui guident la pratique en première ligne. Ceux-ci couvrent tant la promotion et la prévention que le rétablissement de la population générale. Ainsi, on sous-entend que le psychologue pourrait travailler en amont des problèmes de santé mentale et non uniquement en aval. Néanmoins, après avoir mentionné que la promotion est un des principes des services de première ligne, le document liste une série de tâches que le psychologue peut effectuer, tâches qui se situent dans l'ensemble après l'émergence de la problématique de santé mentale (Association québécoise des psychologues en CLSC et OPQ, 2004; OPQ, 2005). Pourtant, le psychologue qui œuvre en première ligne, de par sa formation sur le développement psychologique normal, pourrait réellement et concrètement contribuer en amont des problématiques. Le psychologue pourrait ainsi aider la population générale à se développer sainement sur le plan de la santé mentale et faire en sorte qu'elle soit mieux outillée pour faire face aux situations qui ébranleront l'équilibre de sa santé mentale dans sa vie. Conséquemment, on peut se demander si le psychologue ne pourrait pas, étant donnée son expertise, contribuer davantage à améliorer la qualité des soins de santé mentale primaires en offrant des services qui vont au-delà des services uniquement curatifs.

Continuité des soins et continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires

Lors de l'intégration des soins de santé mentale aux soins de santé primaires, plusieurs instances souhaitent, entre autres, que l'on porte attention à la continuité des soins pour assurer la qualité des services (MSSS, 2005; OMS, 2001; Santé Canada, 2002b). Les organismes WHO et WONCA affirment même dans un rapport portant sur l'intégration des soins de santé mentale aux soins de santé primaires que là « où il y a continuité dans la relation entre un intervenant de la santé et un patient, la qualité des soins de santé mentale primaires a plus de chance d'être rehaussée » [traduction libre] (2008, p. 17). Ainsi, la continuité des soins au niveau relationnel serait donc un élément important pour la qualité des soins de santé mentale primaires.

Continuité des soins et continuité relationnelle

La continuité des soins constitue un sujet d'études depuis fort longtemps comme en témoignent les premiers écrits répertoriés sur la continuité qui datent de plus d'un demi-siècle (Deane, 1950; Deisher, 1957; Dorsey, Knapp, & Frank, 1954; Harper, 1958). Toutefois, bien qu'elle ait fait l'objet de nombreuses études par la suite, on fait maintes fois mention dans la littérature de la confusion qui règne tant sur le plan de sa conceptualisation que de sa mesure (Adair, McDougall, Beckie, Joyce, Mitton, Wild et al., 2003; Bachrach, 1981; Chao, 1988; Freeman, Olesen & Hjortdahl, 2003; Haggerty et al., 2003, Saultz, 2003).

En 2001, la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé fait de la continuité des soins sa priorité de recherche et demande, en collaboration avec d'autres instances canadiennes, un rapport pour en clarifier la conceptualisation et la mesure. Ce rapport, réalisé par Reid et al. (2002), se base d'abord sur l'examen de 583 écrits scientifiques et non scientifiques sur la continuité des soins dans plusieurs disciplines. À cette étape, les auteurs constatent que la continuité des soins est, en effet, souvent mal définie ou même non définie. Puis, un tri sépare les écrits selon quatre domaines de soins fréquemment en lien avec la continuité : les soins de première ligne, les soins de santé mentale¹, les soins infirmiers et les soins reliés à des maladies particulières. L'analyse des résultats fait ressortir des différences sur le plan de la conceptualisation, mais aussi certains points communs à l'ensemble des domaines. Enfin, 59 experts sur la continuité des soins, comprenant des chercheurs et des décideurs, étudient pendant deux jours cette analyse bibliographique et émettent des recommandations.

Le rapport final de Reid et al. (2002) présente d'abord deux éléments préalables, mais non suffisants, à la continuité des soins. Le premier élément fait référence à la nécessité d'une interaction entre un patient et un intervenant pour qu'il y ait continuité des soins. La continuité est donc le fruit d'un vécu expérimenté par un patient en lien avec un intervenant. Le second élément indique que cette expérience vécue par le patient doit

¹ Un examen de la littérature à laquelle font référence les auteurs indique, en fait, qu'ils font référence à des écrits qui portent sur les soins de santé mentale auprès d'une clientèle souffrant de troubles mentaux graves. Pour limiter la confusion, les soins de santé mentale feront dans ce document référence aux soins offerts aux personnes qui souffrent de troubles mentaux graves et les soins de santé mentale primaires aux soins offerts aux personnes qui souffrent de troubles mentaux courants ou à la population générale.

s'effectuer dans le temps. On y lit que « c'est le temps qui sépare la communication interpersonnelle au cours d'une seule rencontre de la continuité relationnelle qui, elle relève à l'établissement d'une relation thérapeutique » (p. 4). Ainsi, les auteurs soulignent que sans le passage du temps, il n'y a pas de continuité des soins. Ils précisent cependant que les périodes de soins reliées peuvent être de courte durée, comme lors d'un épisode de soins aigus, ou plus longues, comme dans les soins de premières lignes et les soins chroniques, incluant les soins de santé mentale. Par ailleurs, ces deux préalables permettent de différencier des concepts que les auteurs ne souhaitent pas inclure dans la conceptualisation de la continuité des soins : la coordination, qui est l'interaction entre plusieurs intervenants et non entre un intervenant et un patient; la continuité longitudinale ou chronologique, qui ne considère que le passage du temps; et tous les concepts qui peuvent être manifestes à l'intérieur d'un unique épisode de soins.

Le même rapport fait ensuite mention de trois types de continuité des soins qui font consensus à travers les différents domaines de la santé: la continuité d'approche (CA), la continuité informationnelle (CI) et la continuité relationnelle (CR). Le Tableau 1 présente les trois types de continuité et leur description. La continuité d'approche fait référence à la sensation pour le patient que ses soins sont cohérents entre eux et avec ses besoins actuels et à plus long terme. Selon Reid et al. (2002), la continuité d'approche est plus présente dans la documentation qui traite des maladies chroniques et des soins de santé mentale. On précise que dans ce dernier domaine la flexibilité est importante et que la

Tableau 1

Type de continuité des soins tiré de Reid, Haggerty & McKendry (2002)

Type de continuité	Descriptions
Approche (CA)	La continuité d'approche est celle qui veille à ce que les soins reçus de différents intervenants soient reliés de façon cohérente. La continuité du plan d'intervention est généralement axée sur des problèmes de santé particuliers, souvent chroniques
Informationnelle (CI)	La continuité informationnelle signifie que l'information sur les événements antérieurs est utilisée pour prodiguer des soins adaptés aux circonstances actuelles du patient
Relationnelle (CR)	La continuité relationnelle souligne l'importance de bien connaître le patient sur le plan personnel. La relation continue entre le patient et le soignant offre le support permettant de relier les soins dans le temps et d'assurer la transition entre des événements

cohérence entre les interventions l'est particulièrement lorsque les soins sont offerts par plusieurs intervenants, dans différentes organisations du système de santé ou lorsque les problèmes sont chroniques ou récurrents. Outre les informations sur les services médicaux, les plans d'intervention en santé mentale intègrent souvent aussi des informations sur les services sociaux pour mieux englober l'ensemble des besoins du patient.

Toujours selon les conclusions incluses dans le rapport de Reid et al. (2002), la continuité informationnelle est le fruit de la récolte d'informations utilisées et interprétées. Elle permet de prendre en considération les événements du passé pour mieux agir dans le présent et ainsi mieux relier les épisodes de soins entre eux. On considère l'information comme le fil conducteur entre les intervenants travaillant auprès d'un même patient, qu'ils soient ou non de la même organisation du système de santé. Le transfert d'informations est connu pour être plus aisé lorsque le patient consulte régulièrement le ou les mêmes intervenants. Les auteurs précisent que les soins de première ligne soulignent l'importance du transfert d'informations pour rendre disponible les informations d'une visite à l'autre, alors que dans les soins de santé mentale, on souligne que ce transfert d'informations est important pour mieux coordonner la vaste gamme de soins offerts. Dans ces deux domaines, il est question de l'importance d'avoir des connaissances globales sur le patient, pas seulement celles sur l'état de sa santé, mais aussi celles sur ses préférences, ses valeurs, son milieu social et ses sources de soutien.

Enfin, la continuité relationnelle renvoie à la relation thérapeutique qui s'établit entre un patient et un ou plusieurs intervenants. Elle représente la jonction entre le passé, le présent et le futur et permet de réduire la répétition des mêmes informations à plusieurs intervenants. Elle serait ainsi le support à la continuité informationnelle et d'approche. Selon Reid et al. (2002), les mécanismes qui sous-tendent les avantages possibles d'une bonne continuité relationnelle passeraient, particulièrement en première ligne et dans les soins de santé mentale, par l'accumulation de connaissances sur le patient ou encore par

une plus grande confiance et de meilleures communications entre le patient et le ou les intervenants. En première ligne, la continuité relationnelle est considérée comme l'établissement d'un contrat entre le patient qui revient se faire soigner par le même intervenant et cet intervenant qui prend la responsabilité des soins du patient. Dans ce contexte de soins, c'est le patient qui a la responsabilité de maintenir la continuité relationnelle qui s'établit la plupart du temps avec un médecin de famille avec qui un sens d'appartenance se développe. Dans les soins de santé mentale, on dit « qu'il arrive parfois que les intervenants se chargent de garder contact avec les patients pour assurer la continuité relationnelle » (Reid et al., 2002, p. iii) et qu'elle se développe plus souvent continuité entre un patient et une équipe de soins afin de réduire « le risque de dépendance des patients à un soignant en particulier... et faciliter la formation de relations chez ceux qui présentent des incapacités à ce niveau » (p. 7).

Si on se base sur les conclusions du rapport *Dissiper la confusion : Concepts et mesures de la continuité des soins* de Reid et al. (2002), il semble que la continuité relationnelle dans les soins de santé primaires comme dans les soins de santé mentale représente l'expérience d'une relation thérapeutique entre un patient et un ou des intervenants qui relient les épisodes de soins passés, présents et futurs et qui permettrait l'accumulation de connaissances globales, une meilleure communication et un sentiment de confiance plus élevé. Néanmoins, le point de vue de l'auteure de la présente étude se distingue des propos de Reid et al. concernant le bénéfice à gagner de la continuité relationnelle. Selon eux, le fruit de la continuité relationnelle est l'accumulation de

connaissances globales sur le patient ou encore un sentiment de confiance plus élevé et des communications plus efficaces. Toutefois, les concepts reliés aux aspects relationnels, tels que la confiance ou de bonnes capacités de communications, soulèvent une ambiguïté. D'une part, selon les deux éléments essentiels à la continuité des soins, celle-ci ne peut exister que si elle s'établit dans le temps. Puisque la confiance et la communication sont des aspects de la relation entre un patient et un intervenant qui peuvent exister aussi bien dans des épisodes de soins uniques et discontinus que continus, ils ne devraient donc pas être considérés spécifiques à la continuité relationnelle. D'autre part, il semble difficile d'établir si ces aspects de la relation sont antérieurs à la continuité relationnelle ou s'ils en sont le fruit. D'ailleurs, l'auteure se demande si ces concepts ne sont pas minimalement des préalables à l'établissement d'une continuité relationnelle. Enfin, pour ce qui est de la connaissance approfondie du patient, il y a lieu de croire qu'elle est vraisemblablement le fruit de la continuité relationnelle. En effet, cette connaissance du patient ne peut être présente avant l'expérimentation d'une interaction entre un patient et un intervenant et peut s'accroître et être possiblement utile si le lien entre le même intervenant et le patient perdure dans le temps. Ainsi, la continuité relationnelle, telle que l'auteure la conceptualise, renvoie à l'expérience d'une relation thérapeutique entre un patient et un ou des intervenants qui relie les épisodes de soins passés, présents et futurs et qui permettrait d'accumuler des connaissances globales sur le patient afin de lui offrir des soins cohérents avec ses besoins évolutifs.

Par ailleurs, les précisions de Reid et al. (2002) sur la continuité relationnelle dans les soins de santé primaires et dans les soins de santé mentale indiquent qu'elle ne semble pas vécue tout à fait de la même façon par leurs clientèles respectives sur le plan de la responsabilité de la relation et du nombre d'intervenants. En effet, Reid et al. (2002) affirment que la continuité relationnelle avec les patients qui souffrent de troubles de santé mentales graves serait davantage prise en charge par les intervenants, alors qu'en première ligne la responsabilité de maintenir la relation reviendrait au patient. De plus, la clientèle de première ligne semble établir surtout une relation continue avec un seul intervenant, généralement le médecin de famille, contrairement aux personnes souffrant de troubles mentaux graves qui semblent recevoir des services de plusieurs intervenants simultanément. Considérant les études populationnelles et le PASM (MSSS, 2005), la clientèle des soins de santé mentale primaires semblent se situer à cheval entre ces deux profils. D'une part, le fait que la clientèle doive se référer au médecin de famille, comme dans les soins de santé primaires, semble indiquer que le niveau d'autonomie et la responsabilité de la relation doit correspondre à celle de la clientèle des soins de santé primaires. Toutefois, la présence de plusieurs intervenants, tels les psychiatres et les psychologues, semble s'apparenter davantage aux soins de santé mentale. De plus, il est possible que des besoins particuliers, sur le plan de la prise en charge et des difficultés relationnelles, existent aussi chez la clientèle des soins de santé mentale primaires comme pour celle avec des troubles mentaux graves.

Par conséquent, il est impossible de conclure sur ce que représente la continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires à partir des travaux de Reid et al. (2002). D'ailleurs, selon eux, la conceptualisation de la continuité des soins à la jonction de deux domaines de la santé a d'ailleurs peu fait l'objet d'études. Mais encore, une recherche au printemps 2008 dans les bases de données Medline et PsycInfo avec les termes et associations continuité des soins (*continuity of care or continuity of patient care*) et soins de santé mentale (*mental health care*) et soins de santé primaires (*primary health care*) ou encore avec soins de santé mentale primaires (*primary mental health care*) ne révèle aucune documentation pertinente sur la conceptualisation de la continuité des soins à la jonction des soins de santé mentale et primaires avec une clientèle de la population générale ou qui souffre de troubles mentaux courants. Enfin, lorsque le terme continuité relationnelle (*relational continuity or interpersonal continuity*) est ajouté, aucune documentation n'existe.

Ainsi, étudier la continuité relationnelle dans le contexte des soins à la jonction des soins de santé primaires et des soins de santé mentale est nouveau et complexifié par l'absence de conceptualisation et de mesure spécifique pour les soins de santé mentale primaires. La conceptualisation de la continuité relationnelle retenue se base néanmoins sur le consensus obtenu par un groupe d'experts dans le cadre d'un rapport mandaté, entre autres, par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et qui se basait sur des similitudes entre les différents domaines de soins, dont les soins de santé primaires et les soins de santé mentale. La section suivante présente donc l'examen

d'articles portant sur des revues de la documentation sur la continuité des soins dans les soins de santé primaires et dans les soins de santé mentale ultérieures à celle réalisée par Reid et al. (2002), ainsi que sur des études en lien avec la conceptualisation ou l'opérationnalisation de la continuité relationnelle ou en lien avec la continuité des soins dans les soins de santé mentale offerts en première ligne. L'objectif est de vérifier si des améliorations pourraient être apportées à la conceptualisation de la continuité relationnelle retenue, de déterminer la meilleure façon de mesurer la continuité relationnelle dans un contexte de soins de santé mentale primaires et d'identifier les facteurs associés à la continuité relationnelle jusqu'à ce jour.

Conceptualisation de la continuité relationnelle

Ware, Tugenberg, Dickey et McHorney (1999¹) ont utilisé la méthode ethnographique afin de recueillir le sens que les personnes souffrant de troubles mentaux graves et leurs intervenants accordent à la continuité des soins dans la relation patient-intervenant dans les activités de la vie courante. La méthode ethnographique consiste en l'observation et en des interviews à l'aide de questions ouvertes. Avec cette méthode, les auteurs souhaitaient obtenir une conceptualisation qui permettrait une opérationnalisation plus facile. Les observations et entrevues se sont déroulées dans deux centres communautaires de santé mentale et dans une urgence psychiatrique des États-Unis. Les

¹ Malgré une date de publication antérieure aux travaux de Reid et al. (2002), cet article de 1999 a été retenu en raison de la publication d'un article en 2003 portant sur l'élaboration d'une mesure de la continuité des soins dans les soins de santé mentale basée sur la conceptualisation de la continuité issue des travaux présentés dans cet article.

16 patients de l'étude ont rapporté souffrir majoritairement de schizophrénie (44 %) ou encore de dépression majeure, de trouble bipolaire ou de trouble schizoaffectif. Les questions de leur interview portaient sur : la relation avec les intervenants; les moments de transition, tels que l'hospitalisation, le congé, le départ d'un intervenant, une nouvelle médication ou un nouveau lieu où résider; leur perception des services offerts; leurs besoins et la priorisation des services. Sur les 16 intervenants représentant une variété de professions afin de couvrir l'ensemble des fonctions administratives, médicales, thérapeutiques et de gestion de cas, la majorité ont mentionné ne pas avoir de contact un à un avec la clientèle. Les questions de leur entrevue portaient sur : leurs fonctions et responsabilités professionnelles, leur perception de l'expérience de la clientèle et leur conception de la continuité des soins. Les auteurs ont extrait de ces observations et entrevues des thèmes qu'ils ont regroupés selon leurs similitudes. Au total, six processus sont dégagés pour décrire comment s'opère la continuité des soins : 1) *pinch hitting*, qui renvoie au fait qu'un intervenant remplit des fonctions en dehors de son mandat pour accommoder la clientèle pour mettre fin aux failles du système; 2) *trouble shooting*, qui signifie que les problèmes sont anticipés et pris de front dès que possible afin de limiter leur développement; 3) *smoothing transitions*, qui permet, par exemple, de maintenir des repères stables lors de changements, de faciliter les transitions en chevauchant durant un certain temps deux services, d'effectuer les changements de façon graduelle en intensifiant le suivi à ce moment; 4) *creating flexibility*, qui représente l'adaptation des services aux besoins du client, comme l'horaire des rendez-vous, le genre de l'intervenant; 5) *speeding the system up*, qui indique que l'intervenant peut relancer des

demandes pour accélérer la transition d'un service à l'autre ou encore pour modifier la marche à suivre afin de limiter les délais et 6) *contextualizing*, qui fait référence au fait que l'intervenant qui connaît bien un client peut intervenir auprès d'autres intervenants pour faciliter la compréhension de son fonctionnement lors d'une situation problématique. Les auteurs mentionnent à la fin comment ces mécanismes d'accommodation et contextuels aident à la continuité des soins en maintenant un engagement de part et d'autre des intervenants et de la clientèle atteinte de troubles mentaux graves. Le moment, plus que le passage du temps, semble aussi un élément important dans la conceptualisation de la continuité des soins pour cette clientèle soulignant l'importance de l'adaptation des intervenants aux besoins évolutifs du patient. Cette étude de Ware et al. (1999) a l'avantage d'avoir recueilli l'opinion tant de personnes atteintes de troubles mentaux graves que d'intervenants et d'avoir mis en évidence le fait que cette clientèle aimerait pouvoir éviter de répéter leur histoire à chaque nouvel intervenant et que leurs soins suivent leurs besoins qui sont constamment en mouvement. Cependant, la conceptualisation qui en est issue est très éloignée de celle de Reid et al. (2002) et semble davantage faire référence à la continuité d'approche et à la coordination et ne pas faire spécifiquement référence à la continuité relationnelle. Elle est, de plus très concrète en raison de l'objectif de réaliser une mesure de la continuité des soins et très ciblée sur la clientèle de l'étude. Par conséquent, il pourrait s'avérer difficile de l'adapter auprès de la clientèle des soins de santé mentale primaires qui ne reçoit possiblement pas les mêmes services.

En 2000, Freeman, Shepperd, Robinson, Ehrich et Richards rapportent les résultats d'une revue de la documentation sur la continuité des soins, dont la méthode n'est cependant pas décrite. Une équipe d'experts dans plusieurs domaines, incluant de la médecine familiale et des soins de santé mentale, ont cherché à clarifier et conceptualiser la définition de la continuité des soins. Selon eux, la continuité des soins comprend six éléments différents : 1) l'expérience pour le patient d'une continuité; 2) la continuité de l'information décrite comme le fait que l'information suive le patient; 3) la continuité dans les équipes de soins et entre les différents services où il est question d'avoir des communications efficaces entre les intervenants; 4) la flexibilité de la continuité afin d'ajuster les soins aux besoins évolutifs du patient; 5) la continuité longitudinale qui fait référence au fait d'être traité par le moins de professionnels possible et 6) la continuité interpersonnelle qui signifie le fait de pouvoir nommer un ou plusieurs intervenants avec lesquels le patient peut établir et maintenir une relation thérapeutique. Le rapport fait aussi mention des effets possibles de la continuité de la relation, tels que la satisfaction de la clientèle. Toutefois, on y souligne aussi le manque de rigueur des études antérieures sur le plan de la méthode ce qui limite les conclusions qui en découlent. Enfin, les auteurs font mention de l'importance de tenir compte du point de vue de la clientèle. Cette conceptualisation de la continuité des soins de Freeman et al. ressemble à celle retenue, mais semble intégrer des concepts, sûrement reliés, mais autres que la continuité des soins. En effet, le troisième élément semble faire davantage référence à la coordination des soins qu'à la continuité et le cinquième semble davantage une définition de la discontinuité que de la continuité elle-même. Quant à la continuité interpersonnelle, elle

semble être réduite au simple fait que le patient soit en relation continue avec un intervenant et ne fait pas référence à l'expérience que le patient peut avoir de cette relation, ce qui limite la conceptualisation de la continuité relationnelle.

En 2003, Saultz réalise une revue de la documentation sur la continuité afin d'examiner la continuité dans la relation médecin-patient qu'il nomme continuité interpersonnelle. Sur l'ensemble des écrits portant sur la définition de la continuité des soins et sur la continuité interpersonnelle, entre 1966 et 2002, l'auteur n'a conservé que les 379 écrits qui abordaient directement la continuité de la relation médecin-patient. À la fin du processus, Saultz en arrive à la conclusion qu'il y a peu de consensus sur la continuité des soins et qu'elle est mieux définie par une hiérarchie de trois types de continuité : 1) la continuité informationnelle, 2) la continuité longitudinale et 3) la continuité interpersonnelle. Ainsi, il considère que la continuité des soins s'amorce par la continuité informationnelle qui assure d'avoir au moins des informations antérieures sur le patient et qui est nécessaire pour l'établissement de la continuité longitudinale. Celle-ci fait, ensuite, référence à l'établissement d'un lien qui assure une meilleure accessibilité aux soins et mentionne que la responsabilité des soins du patient revient à un intervenant ou un établissement. Enfin, la continuité longitudinale peut devenir la continuité interpersonnelle lorsqu'un réel lien de confiance s'établit entre le patient et son médecin. Cette conceptualisation de Saultz a le mérite, d'une part, d'inclure l'aspect temporel d'une relation étroite où il y a une accumulation de connaissances. Cependant, au lieu de simplifier la conceptualisation de la continuité des soins et de la continuité relationnelle,

cette vision hiérarchique introduit, selon nous, de la confusion. D'abord, Saultz positionne en deuxième lieu l'établissement d'une relation entre le patient et son médecin. Là-dessus, la position de Reid et al. (2002) semble plus claire : pour qu'il y ait continuité, il faut d'abord que le patient puisse expérimenter une interaction avec un intervenant sur plusieurs épisodes de soins. De plus, la conceptualisation de Saultz considère l'accumulation de connaissances comme un élément préalable à l'établissement de sa continuité longitudinale et interpersonnelle. Mais, comment accumuler de l'information sur le patient en l'absence d'une relation dans le temps? En fait, il est plus probable que l'établissement d'une relation soit nécessaire pour que des informations globales puissent être divulguées par le patient et recueillies par le médecin afin de relier les épisodes de soins. D'ailleurs, pour Reid et al., la continuité relationnelle est le support (donc le premier élément) sur lequel peuvent se développer les deux autres types de continuité (informationnelle et d'approche). Enfin, dans sa continuité interpersonnelle, Saultz souligne la confiance qui s'établit entre le patient et son médecin. Toutefois, la confiance que le médecin dégage est certes importante, mais pas spécifique à la continuité relationnelle; comme c'est aussi le cas pour l'ensemble des habiletés relationnelles. D'ailleurs, rien n'empêche qu'un médecin puisse mettre facilement ses patients en confiance, ni qu'il puisse manifester de bonnes capacités relationnelles, s'il offre des soins discontinus. Évidemment, il est possible que ces aspects relationnels puissent aider la continuité relationnelle et que celle-ci les renforce en retour. Néanmoins, cette conceptualisation tirée des travaux de Saultz semble ne faire ressurgir que la

confusion concernant la conceptualisation des soins que Reid et al. (2002), accompagnés d'un groupe d'experts, ont tenté de dissiper.

En 2004, Crawford, Jonce, Freeman et Waver ont effectué une revue de la documentation afin d'identifier les obstacles et les barrières pour offrir des soins continus aux personnes qui souffrent de troubles mentaux graves (psychose, schizophrénie, désordre schizoaffectif, trouble bipolaire et dépression maniaque). Cinq critères ont été retenus pour la sélection des articles : 1) le patient reste en contact avec les services; 2) les services sont absents de discontinuité; 3) les services sont offerts par le même personnel; 4) les différents aspects des soins sociaux ou de la santé sont coordonnés et 5) l'expérience des soins s'effectue en douceur et sans interruption. Ainsi, 60 articles sont à la base de leurs conclusions. Les résultats de la revue démontrent selon ces chercheurs que les patients qui souffrent de trouble mentaux graves apprécient de revoir le même intervenant (même si les études examinées indiquent surtout des relations avec une équipe d'intervenants), se préoccupent du fait de devoir répéter leurs problèmes lorsqu'ils changent de médecin et préfèrent établir une relation durable. Les résultats indiqueraient aussi que les patients avec des troubles mentaux graves changent souvent d'intervenant et reçoivent des services de plusieurs intervenants à la fois. Ce manque de continuité de l'intervenant serait explicable selon les auteurs par les patients qui quittent les services — en majorité des hommes, des jeunes, des personnes non mariées, non employées, socialement isolées, sans domicile fixe, avec un niveau socio-économique faible et qui abusent de plusieurs substances, souffrent d'un trouble sur une courte période, ont des

symptômes plus sévères et qui fonctionnent moins bien socialement. Une autre raison voudrait que la prise en charge de patients qui ont des besoins à long terme et qui sont complexes pourrait représenter un défi pour les intervenants. En conséquence, les auteurs proposent que le personnel qui œuvre auprès des personnes atteintes de troubles mentaux graves soit formé pour favoriser la continuité auprès de cette clientèle. Encore une fois, la conceptualisation présentée par Crawford et al. fait surtout référence à la continuité d'approche et à la coordination.

En 2004 aussi, Joyce, Wild, Adair, McDougall, Gordon, Costigan et al. ont effectué une étude afin de clarifier la conceptualisation de la continuité des soins dans les soins de santé mentale. Leur étude avait ultimement pour but de créer un questionnaire qui pourrait être administré aux personnes souffrant de troubles mentaux graves. L'étude commence par une revue de la documentation. Au total, 305 articles ont été retenus pour l'analyse. Deux équipes ont ensuite examiné et classé les 627 attributs relevés concernant la continuité des soins. Une première équipe, incluant deux psychologues chercheurs, a utilisé une méthode qualitative en plusieurs étapes pour diviser les attributs en plusieurs domaines et sous-domaines. La seconde équipe, formée d'un épidémiologiste et d'un psychiatre à la fois chercheurs et cliniciens auprès des personnes atteintes de troubles mentaux graves, a quant à elle examiné les attributs et élaboré une liste des thèmes selon leur fréquence dans la littérature. Les résultats des deux méthodes présentent plusieurs similitudes. Les thèmes et catégories ont ensuite été classés par l'ensemble des chercheurs participant à l'étude selon leur priorité pour l'offre de services pour les

personnes avec un trouble mental grave. Six aspects de la continuité des soins furent ainsi retenus : 1) la relation entre le patient et l'intervenant; 2) les soins personnalisés; 3) l'accessibilité; 4) la relation entre les services offerts; 5) les soins compréhensif et 6) la flexibilité du lieu de service. La relation entre le patient et l'intervenant est alors décrite comme l'intensité avec laquelle un intervenant ou une équipe s'engage à aider le patient à s'orienter à travers les services. La qualité de la relation et les aptitudes de l'intervenant sont aussi incluses dans ce domaine de la continuité des soins. Bien que la conceptualisation de la continuité des soins de Joyce et al. inclut des éléments autres que ceux attribuables à la continuité relationnelle, elle s'approche de celle de Reid et al. (2002). En effet, elle met en évidence l'importance de la relation thérapeutique et du passage du temps en parlant de *l'intensité avec laquelle un intervenant ou une équipe s'engage*. Par contre, on note qu'elle aurait pour but *d'aider le patient à s'orienter à travers les services* ce qui semble davantage faire référence au concept de la continuité d'approche ou à la coordination. Cette conceptualisation exclut de plus le fait que la relation pourrait favoriser une connaissance globale du patient qui pourrait elle favoriser des soins cohérents avec les besoins évolutifs du patient qu'ils soient ou non offerts par les mêmes services. Enfin, l'incorporation de l'aptitude de l'intervenant et de la qualité de la relation dans la conceptualisation de la continuité relationnelle semble omettre le fait qu'ils sont susceptibles de se manifester aussi dans un épisode de soins unique et discontinu et donc qu'ils ne sont pas spécifiques à la continuité relationnelle.

Enfin, une étude visant à obtenir la perception de la clientèle au sujet de la continuité interpersonnelle dans les soins primaires a été réalisée en Suède dans trois centres de soins de santé (Bültzingslöwen, Eliasson, Sarvimäki, Mattsson, & Hjortdahl, 2006). Les patients inclus dans l'étude devaient fréquenter ces centres de soins de santé depuis au moins cinq ans, avoir une maladie chronique et avoir expérimenté à la fois les services en continu avec un médecin de famille et à court-terme avec un médecin généraliste qui n'a pas de lieu de pratique stable. Douze patients ont ainsi été recrutés, ainsi que deux autres avec des expériences uniquement avec un médecin de famille régulier afin d'augmenter, selon les dires des auteurs, la profondeur à leur compréhension. Chaque participant a complété un questionnaire et a été interviewé individuellement. Les patients souffraient essentiellement de diabète, de problèmes cardiaques, d'arthrite rhumatoïde, de maux de dos et de dépression. Chaque interview a été effectuée par le premier auteur et prenait de 30 à 45 minutes. Elle commençait par une question sur la préférence des patients d'avoir ou non un médecin régulier et laissait libre cours aux participants. Des interviews ont aussi été effectuées auprès de professionnels de la santé (médecin de famille, médecin généraliste non stable, autre professionnel non stable, infirmières, conseillers et réceptionniste). Pour les professionnels, l'interviewer leur demandait d'élaborer sur ce que les malades chroniques rapportent ressentir face au fait d'avoir un médecin de famille régulier ou non. Les interviews ont été analysées qualitativement par un professionnel de la santé et des médecins de famille expérimentés. Tous les thèmes issus des entrevues furent regroupés selon des sous-catégories de conceptualisation similaire qui furent, à leur tour, regroupées en catégories plus large. Les résultats indiquent que les participants

apprécient en grande majorité (13/14) la relation avec un médecin en continu, ce qui leur donne un sentiment de sécurité. Ce sentiment de sécurité se subdiviserait en quatre éléments : 1) la cohérence, qui inclut la connaissance de l'histoire du patient, la possibilité que le médecin voit les changements qui s'opèrent chez le patient et l'offre de soins avec une approche plus holistique; 2) la confiance dans les soins, qui inclut la responsabilité et les aptitudes du médecin; 3) une relation de confiance, qui inclut le respect, l'empathie, la compréhension, la perception d'être pris au sérieux, la coopération et la participation et 4) l'accessibilité qui inclut la connaissance de la manière de travailler du médecin et la capacité de rejoindre ce médecin. Cette étude de Bültzingslöwen et al. indiquerait qu'avoir un sentiment de sécurité serait favorisé par une relation continue avec un médecin et que la connaissance du patient serait un des facteurs intermédiaires entre la relation continue et le sentiment de sécurité. Bien que leurs conclusions soient intéressantes, leur conceptualisation n'apporte rien de nouveau et inclut encore une fois d'autres concepts, telle l'accessibilité, et des aspects relationnels malgré la possibilité que leur présence soit antérieure à la continuité relationnelle.

En somme, la conceptualisation de la continuité des soins et de la continuité relationnelle dans les écrits examinés présente beaucoup de divergences et semble ramener la confusion que Reid et al. (2002) ont tenté de réduire. Un des points fréquemment mentionnés, les aspects relationnels dans la conceptualisation de la continuité relationnelle, ne prend aucunement en considération le fait que leur présence pourrait être antérieure à la relation continue, même s'il est effectivement possible que la

continuité relationnelle contribue à les rehausser une fois établie. Ainsi, aucun nouvel élément de conceptualisation tiré de cet examen n'est ajouté à la définition retenue, basée en partie sur celle de Reid et al. (2002) : la continuité relationnelle serait donc l'expérience d'une relation thérapeutique entre un patient et un ou des intervenants qui relie les épisodes de soins passés, présents et futurs et qui permettrait d'accumuler des connaissances globales sur le patient afin de lui offrir des soins cohérents avec ses besoins évolutifs.

Opérationnalisation de la continuité relationnelle

Reid et al. (2002) ont aussi examiné les instruments qui sont utilisés pour mesurer la continuité des soins et la continuité relationnelle. Les auteurs mentionnent dans leur rapport qu'il faut plusieurs mesures pour capturer l'ensemble des attributs de la continuité. Ils notent aussi qu'il y a un manque de mesures entre les différents groupes de professionnels et les différents milieux de soins. La plupart des mesures de la continuité relationnelle concernent la continuité chronologique sous plusieurs formes: 1) la durée depuis le début de la relation avec un intervenant; 2) la fréquence des contacts; 3) la concentration des soins sur une période de temps [l'*Usual Provider of Care (UPC)* de Breslau & Reeb (1975); le *Likelihood of Continuity LICON* de Steinwachs (1979); le *Modified Continuity of Care (MCI)* de Godkin et Rice (1984), le *Modified Modified Continuity Index (MMCI)* de Magill, & Senf (1987), le *Continuity of Care (COC)* de Bice & Boxeman (1977)] et 4) la séquence des soins [l'*Alpha Index* de Lou (2000); le *Sequential Continuity Index (SECON)* de Steinwachs (1979)]. Globalement, ces mesures

sont issues de données administratives et ne permettent pas d'obtenir une idée de l'expérience de continuité du patient, ni son point de vue. Néanmoins, comme l'aspect temporel est un élément nécessaire à la continuité des soins, les auteurs suggèrent que ces mesures soient utilisées avec parcimonie et qu'elles soient au moins associées à un ou plusieurs types de continuité pour qu'elles soient considérées comme des mesures valides. Bien que les mesures de la continuité chronologique soient souvent utilisées en lien avec la continuité relationnelle, des mesures plus spécifiques existent. Celles-ci ont tendance à interroger davantage la clientèle et les intervenants. Selon les auteurs, les mesures les plus nombreuses de la continuité relationnelle portent sur l'affiliation qui existe entre un patient et un ou plusieurs intervenants, particulièrement dans les soins de première ligne. Leurs niveaux de complexité diffèrent beaucoup. Selon les auteurs, certaines mesures demandent tout simplement qui est l'intervenant régulier du patient, alors que d'autres considèrent qu'obtenir le nom de l'intervenant en question est un gage d'affiliation. Néanmoins, ces mesures de la continuité relationnelle ont l'avantage de cibler la relation continue, mais ne semblent pas, pour le groupe d'experts, suffisantes pour englober tout le concept de la continuité relationnelle. Les auteurs relèvent ainsi d'autres mesures qui portent sur la force de la relation patient-intervenant. Dans cette catégorie, les auteurs incluent les mesures qui tentent d'estimer la force de cette affiliation, les connaissances sur le patient et la qualité des interactions interpersonnelles, telles que la communication et la confiance. Ces mesures sont plus structurées que les mesures précédentes et sont présentées sous forme d'échelle (*Perception of Continuity* de Chao, 1988) ou de sous-échelle dans des mesures de la qualité globale des soins

primaires [le *Component of Primary Care Index (CPCI)* de Flocke, 1997, le *Primary Care Assessment Tool (PCAT)* de Shi, Starfield et Xu (2000), le *Primary Care Assessment Survey (PCAS)* de Safran, Kosinski, Tarlov, Rogers, Taira, Lieberman et Ware, 1998)] ou encore des soins de santé mentale [*l'Alberta Continuity of Services Scale in Mental Health, (ACSS-MH)* de Joyce et al. (2004)]. À la fin de l'examen de ces instruments, les auteurs rappellent que les mesures temporelles et qui désignent un intervenant en particulier ne sont pas suffisantes et recommandent par ailleurs de favoriser des mesures du point de vue de la clientèle.

Mesures dans les soins de santé mentale. En 2003, Fortney, Sullivan, Williams, Jackson, Morton et Koegel étudient la mesure de la continuité des soins pour les utilisateurs des soins publics de santé mentale. Malgré le titre de leur article, ils font en fait référence à des personnes souffrant de troubles mentaux graves et persistants. L'étude a lieu aux États-Unis et les participants font partie de deux groupes : des personnes avec ou sans troubles de santé mentale graves qui sont sans domicile fixe recrutées la nuit dans des refuges, ainsi que des patients avec des troubles de santé mentale graves recrutés dans des cliniques publiques de soins de santé mentale qui incluent des résidences. Les auteurs présentent leur conceptualisation de la continuité des soins en cinq dimensions : 1) l'utilisation de services continus et perpétuels; 2) l'intensité des services reçus; 3) le caractère compréhensif des soins reçus; 4) la stabilité de la relation entre le patient et l'équipe de soins et 5) la coordination des soins reçus. Puis, les auteurs déterminent ensuite cinq façons de les opérationnaliser afin de pouvoir les mesurer à l'aide de

données administratives : 1) la fréquence des rencontres (nombre de jours entre les rencontres dans la dernière année); 2) leur quantité (nombre de rencontre dans les derniers 90 jours); 3) la variété des services offerts durant les rencontres (nombre de services différents reçus dans ces 90 jours); 4) la stabilité des intervenants [évaluée à l'aide du *Modified Modified Continuity Index (MMCI)* de Magill et Senf, 1987] et 5) avoir un gestionnaire de soins (oui ou non dans les 90 derniers jours). Pour valider les mesures de la continuité retenues, les auteurs ont choisi de comparer les deux groupes de patients recrutés. Ils ont fait l'hypothèse que les personnes sans domicile fixe auraient une continuité plus faible que les personnes ayant un domicile fixe. Sur les 1305 personnes éligibles à l'étude, 261 répondaient aux critères d'admissibilité (avoir un diagnostic de trouble de santé mentale, être résident dans la région depuis au moins deux ans et avoir eu au moins un contact avec les services publics de santé mentale dans la dernière année). Les résultats sont tirés des interviews réalisées avec les participants et de données administratives. Les mesures de la continuité ont été prises à trois moments précédent l'entrevue, soit à -1 jour, à -187 jours et à -365 jours. Les résultats indiquent que les personnes sans domicile fixe obtiennent des scores moins élevés aux mesures de la continuité que les personnes avec un domicile fixe appuyant la validité des mesures sélectionnées par les auteurs. Fait intéressant, l'étude de Fortney et al. a mis en évidence le caractère fluctuant de la continuité, ce qui justifierait selon les auteurs que plusieurs mesures de la continuité sont utiles pour distinguer différents périodes de soins. Les auteurs recommandent que ces mesures puissent être utilisées pour évaluer la validité prédictive de la continuité et font l'hypothèse que ces mesures devraient prédire

l'utilisation de services d'urgence, d'hospitalisation et d'incarcération. Enfin, à cause du caractère variable de la continuité, les auteurs affirment que ces mesures pourraient être utilisées pour établir les effets causals de la continuité.

À partir des travaux sur la conceptualisation de la continuité des soins de Ware et al. (1999), Ware, Dickey, Tugenberg & McHorney (2003) présentent l'élaboration et la validation du *CONNECT* auprès de 400 adultes qui souffrent de troubles mentaux graves de la région de Boston aux États-Unis. L'étude visait le développement d'un instrument à plusieurs items et plusieurs échelles qui pourrait mesurer la continuité selon la perspective de la clientèle. Les étapes qui ont mené à la version finale du *CONNECT* comprennent des interviews auprès de la clientèle afin de vérifier la pertinence et le sens des items et deux études pilotes. Le *CONNECT* porte sur la qualité des interactions interpersonnelles entre les utilisateurs de services de santé mentale et les intervenants dans les activités quotidiennes. À partir des six processus relevés à l'aide de la méthode ethnographique (*pinch Hitting, trouble shooting, smoothing transitions, creating flexibility, speeding the system up et contextualizing*), les auteurs ont déterminé cinq dimensions différentes pour constituer la mesure du *CONNECT* : 1) la connaissance du patient par l'intervenant; 2) la flexibilité; 3) la disponibilité de l'intervenant; 4) la coordination et 5) l'adoucissement des transitions. Puis, ils ont élaboré 13 sous-échelles, dont cinq portent sur les transitions et huit sur des domaines clés : la connaissance du médecin et du gestionnaire de soins ou thérapeute; la disponibilité du médecin et du gestionnaire de soins ou thérapeute; le support, la flexibilité et la coordination de

l'intervenant et les soins primaires. Une question supplémentaire porte sur la coordination plus globale. Chaque item est complété sur une échelle de type Likert en cinq points. Son administration prend environ une vingtaine de minutes et s'effectue par des interviewers formés auprès de personnes qui souffrent de trouble mentaux graves adultes qui sont au moins en relation avec un psychiatre et un gestionnaire de soins ou thérapeute. Sur les 400 participants qui ont participé à la validation du *CONNECT*, 110 ont répondu aux questions à deux reprises à deux semaines d'intervalle afin d'examiner la fidélité test-retest. Les résultats indiquent une cohérence interne supérieure à 0,70 pour l'ensemble des échelles, dont cinq à plus de 0,80 (les deux échelles sur la connaissance et trois sur la transition). La corrélation test-retest pour l'ensemble des échelles varient de 0,40 à 0,75. Les échelles sont peu corrélées entre elles (de -0,11 à 0,52) : les corrélations les plus élevées sont entre les échelles mesurant le même construct pour différents intervenants, telle la connaissance, la disponibilité et la transition. Par ailleurs, les auteurs ont fait l'hypothèse qu'un score élevé au *CONNECT*, témoignant d'une forte continuité, devrait être associé à une symptomatologie plus faible, un meilleur fonctionnement, une meilleure satisfaction de la clientèle, une meilleure qualité de vie, des relations plus longues et moins de changements d'intervenants. Les résultats révèlent, comme attendu, des relations entre le *CONNECT* et les variables qui mesurent la qualité et la satisfaction de la relation interpersonnelle entre les clients et les intervenants. Les corrélations sont peu fortes, mais les auteurs affirment que cela appuie un début de validation. En raison des faibles associations obtenues, les auteurs suggèrent de se questionner sur quels effets de la continuité pour cette clientèle on devrait effectuer des études et avoir des attentes.

Enfin, ils proposent aussi de modifier certains items à partir des résultats, d'essayer de créer une échelle pour la mesure de la continuité avec un seul intervenant, d'explorer la relation entre le *CONNECT* et le bien-être psychologique ou des concepts reliés à la relation entre les clients et les intervenants telle l'alliance thérapeutique et d'effectuer des études de validation auprès d'autres populations comme les enfants ou ceux qui ne souffrent pas de problème graves de santé mentale.

En 2003, Adair et al. ont réalisé une revue de la documentation sur la mesure et les effets de la continuité des soins. Celle-ci fait partie de la même étude que Joyce et al. (2004) et se base sur les mêmes 305 articles issus de la revue de la documentation de ces derniers. Pour étudier l'effet de la continuité des soins, les articles devaient avoir une définition claire de la continuité des soins entre différents services et examiner sa relation avec différents impacts chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants. Dans l'ensemble, les auteurs ont observé que les études se basent sur une conceptualisation et une opérationnalisation qui sont très liées aux services offerts. Selon eux, dans les années 1960, on s'intéressait par exemple, aux réadmissions, aux transitions entre les services psychiatriques et entre ceux-ci et les services dans la communauté. Dans les années 1970, la conceptualisation de la continuité des soins aurait été très représentative des programmes d'intervention. Dans les années 1980, on y incluait plusieurs dimensions et on s'intéressait davantage à la continuité avec une équipe de soins et au point de vue de la clientèle. Une décennie plus tard, la continuité était alors perçue comme un moyen d'évaluer les réformes dans les services de santé mentale et on

incluait la notion de coordination des soins. De cette période, les auteurs reprochent à la conceptualisation et à l'opérationnalisation de la continuité des soins dans les soins de santé mentale d'être trop centrées sur les épisodes de soins aigus et trop peu sur une base longitudinale. Les auteurs affirment aussi que la preuve d'une association entre la continuité des soins et les effets bénéfiques de celle-ci pour les patients est limitée par l'absence de cohérence dans la mesure de la continuité des soins et dans le choix des effets à étudier, ainsi que par le manque de résultats significatifs. Ces quelques résultats suggèrent néanmoins que la continuité des soins – mesurée tour à tour comme la quantité et la distribution de contacts, le style de contact (en personne ou par téléphone), le nombre de contacts avec l'intervenant régulier, la présence et le changement de gestionnaire de soins, le nombre de besoins pris en charge, la présence, l'absence et le moment du premier contact avec les services dans la communauté – augmenterait au fil du temps, qu'elle serait associée à la réduction des hospitalisations dans des unités psychiatriques et de certains coûts, ainsi qu'à un meilleur contrôle des symptômes. Enfin, cette revue de Adair et al. ne rapporte qu'une seule mesure du point de vue de la clientèle, celle issue des travaux de Ware et al. (1999), le *CONNECT*.

Ensuite, à partir de leur revue sur la conceptualisation, Joyce et al. (2004) ont obtenu, 78 attributs de la continuité qui ont été conservés et formulés afin de pouvoir servir d'items pour la création d'un questionnaire sur la continuité des soins dans les soins de santé mentale du point de vue du patient. Afin de s'assurer d'avoir inclu l'ensemble des attributs pertinents pour la continuité auprès de cette clientèle, des entrevues semi-

structurées ont été réalisées auprès de 27 personnes atteintes de troubles mentaux graves et de neuf membres de leur famille. Leur opinion a été recueillie au sujet de quatre thèmes : 1) l'histoire de leurs soins incluant la durée et le type de services reçus; 2) leur expérience de la continuité des soins qui fait, entre autres, référence à la coordination des soins; 3) leur expérience d'une faible ou forte continuité des soins et 4) l'évaluation des 78 attributs issus de la précédente étape de l'étude. Les participants pouvaient aussi ajouter de nouveaux attributs au besoin. Des entrevues, 574 phrases concernant la continuité des soins ont été analysées et comparées aux 78 attributs déjà relevés lors de la première étape. De ce processus, 43 nouveaux attributs ont été formulés. Puis, le langage, le niveau de compréhension, la redondance et la possibilité d'être intégré à une échelle ont été examinés pour chacun des 121 items. Ensuite, 18 autres patients avec un trouble mental grave et 23 professionnels de la santé travaillant auprès de cette clientèle ont évalué les items. Les participants devaient alors critiquer la formulation, la clarté et le sens des items, indiquer si les items sont adéquats et pertinents pour décrire la continuité des soins et, enfin, sélectionner les dix meilleurs items selon eux. À l'issue de l'ensemble de ce processus, 47 items, sous quatre différents domaines, furent retenus pour créer le *Alberta Continuity of Services Scale-Mental Health (ACSS-MH)*. Sous le domaine relationnel, huit items sont présents, dont un qui indique que l'intervenant a au moins une partie de la responsabilité de la continuité, un autre qui indique la présence d'une équipe de soins avec des intervenants de différentes disciplines et un autre qui évalue dans quel mesure le patient se sent traité avec dignité ou respect. Les items sont mesurés sur une échelle en cinq points allant de *fortement en désaccord* jusqu'à *fortement en accord*.

L'ACSS-MH a été validé pour la première fois par Durbin, Goering, Streiner et Pink (2004) auprès d'utilisateurs de services dans la communauté ou de cliniques externes de santé mentale en Ontario. Les 215 participants choisis au hasard souffraient de troubles de santé mentale d'intensité modérée à sévère avec une prépondérance de troubles de l'humeur et de désordre psychotique. La majorité (89 %) étaient sous médication psychotique et recevaient une pension d'inaptitude ou une assistance sociale (70 %). Sur l'ensemble, 73 % consultait un psychiatre et 55 % un gestionnaire de soins. L'ASCC-MH a été rempli en fonction des services reçus dans les six derniers mois. Six items, qui nécessitaient soit que les familles des participants aient participé aux soins ou que les participants aient été hospitalisés et qu'ils aient eu congé de l'hôpital dans les six derniers mois, ont été retirés de l'analyse en raison de l'incapacité des participants à y répondre. Les auteurs ont aussi retiré sept items qu'ils considéraient inefficaces pour discriminer la différence individuelle parce que moins de 10 % des participants avaient répondu *en désaccord* ou *fortement en désaccord*. Ainsi, sur les huit items reliés au domaine relationnel, seulement deux furent conservés pour l'analyse factorielle, l'item sur la responsabilité de l'intervenant d'effectuer le suivi et l'item sur les soins reçus avec dignité et respect. Au terme de l'analyse factorielle, trois facteurs furent extraits : l'accessibilité du système, les aspects interpersonnels et le fonctionnement de l'équipe. Les deux items restant du domaine relationnel sont inclus dans le second facteur avec huit autres items. L'examen des items indique qu'ils questionnent essentiellement l'adéquation des services en fonction des besoins évolutifs du patient, la participation du patient aux décisions concernant ses soins, la satisfaction du patient de recevoir des

services depuis longtemps et la difficulté de voir son intervenant régulier en cas de besoin. Cette sous-échelle a une cohérence interne de 0,78 et est corrélée à 0,58 avec l'accessibilité au système, à 0,52 avec le fonctionnement de l'équipe et à 0,85 avec l'échelle globale, qui a une cohérence interne de 0,88. Pour vérifier la validation de la sous-échelle, les auteurs, appuyés d'un groupe de cliniciens, ont fait l'hypothèse qu'avoir eu l'aide d'un psychiatre ou d'un gestionnaire de soins augmenterait la continuité et l'accès aux services et qu'un manque de soutien en matière de logement et de revenu signalerait un problème de continuité en lien avec les autres services à travers le système de soins. Les résultats de leur étude suggèrent que la continuité, mesurée par l'ensemble des trois facteurs retenus de l'*ASCC-MH*, est plus faible chez les personnes avec plusieurs diagnostics, avec un trouble de la personnalité ou encore avec des comportements de résistance (non coopérant). La continuité globale serait aussi plus élevée chez les personnes dont les besoins financiers et de logement sont comblés. Pour la continuité interpersonnelle, les résultats indiquent qu'elle est plus basse chez les personnes qui ne coopèrent pas et chez les non caucasiens d'origine. Elle serait, par ailleurs, plus élevée chez les personnes dont les besoins financiers sont comblés. Des analyses plus poussées à l'aide de régressions multiples ont permis de déterminer que les indices relevant de l'utilisation des services ont davantage de poids que les caractéristiques personnelles pour prédire la continuité globale et interpersonnelle, même s'ils n'expliquent respectivement que 20 % et 17 % de la variance. Ces dernières analyses ont cependant permis de trouver deux autres caractéristiques associées à la continuité interpersonnelle : le fait d'être un homme ou d'avoir un emploi serait associé à une plus grande continuité interpersonnelle.

En conclusion, les auteurs rappellent que cette étude est basée sur l'*ASCC-MH*, un instrument élaboré pour des personnes souffrant de troubles mentaux graves et recommandent que les personnes souffrant de troubles mentaux moins sévères qui reçoivent des soins de santé mentale en première ligne puissent aussi faire l'objet d'étude.

De leur côté, Adair, McDougall, Mitton, Joyce, Wild, Costigan et al. (2005) ont effectué une étude longitudinale, sur 17 mois, auprès de 411 personnes souffrant de troubles mentaux graves dans la région où l'*ACSS-MH* a été conçu. Les participants avec un diagnostic de trouble psychotique ou de troubles de l'humeur (uni- et bipolaire) depuis au moins deux ans ont été recrutés dans des services d'urgence, des services dans les hôpitaux, dans des cliniques externes et dans des services de santé mentale dans la communauté. Sur l'ensemble des items de l'*ACSS-MH* complétés par les participants, seuls 37 items furent retenus, les autres ayant trop de réponse *non applicable* (les auteurs ne précisent pas lesquels ils ont retirés). Les résultats de l'étude suggèrent qu'un score élevé à la continuité relationnelle est associé au fait d'être plus âgé, d'avoir un revenu plus bas, d'avoir un diagnostic de désordre psychotique et de ne pas être à risque de conduite suicidaire ni de consommation d'alcool. Enfin, les résultats suggèrent que la continuité serait associée à une meilleure qualité de vie, à un meilleur fonctionnement dans la communauté, à une symptomatologie moins sévère et à une plus grande satisfaction des soins.

Green et al. (2008) ont effectué une recherche pour évaluer l'impact de la continuité relationnelle et de la relation clinicien-patient sur le rétablissement des personnes avec un

trouble de santé mentale sévère. Cette étude a été réalisée aux États-Unis auprès de 77 personnes atteintes de schizophrénie, de désordre schizoaffectif, de trouble psychotique et de trouble bipolaire. Des interviews semi-structurées, d'une durée moyenne de quatre heures, ont permis de récolter des informations sur les patients concernant leur diagnostic, leur histoire personnelle et de santé mentale, les événements significatifs de leur vie, leurs symptômes et leur gestion, leurs expériences des soins de santé mentale, leur relation avec les intervenants et leur désir de changement pour les soins de santé mentale. Un questionnaire papier-crayon a aussi permis d'évaluer leur qualité de vie, leurs symptômes psychiatriques, leur rétablissement, leurs expériences de stigmatisation, leur consommation de drogue et d'alcool, leurs activités, leur situation au quotidien et différentes caractéristiques sociodémographiques. Sur la base des interviews, les auteurs ont extrait de manière qualitative huit thèmes reliés à la continuité des soins et à la relation avec leurs intervenants dans les soins de santé mentale : 1) le confort et l'ajustement (*fit*); 2) l'approche compatissante et soignante, incluant la capacité du clinicien à écouter, comprendre et reconnaître son patient; 3) l'amitié mutuelle; 4) la confiance mutuelle; 5) la collaboration et la participation du patient; 6) la flexibilité, la créativité et la compétence; 7) la présence d'espérance et 8) la continuité de l'intervenant qui permet l'accumulation de connaissances et qui facilite la collaboration. Ils ont ensuite élaboré un modèle afin d'expliquer comment la continuité des soins, mesurée à l'aide du *Usual Provider of Care (UPC)* de Breslau et Reeb (1975), interagit avec la relation entre le patient et son clinicien, déterminée selon la fréquence de contact avec soit le psychiatre, le thérapeute en santé mentale ou le médecin de première ligne, pour influer

sur la qualité de vie et le rétablissement. Les résultats de l'analyse structurale de cette étude indiquent que la continuité relationnelle a un impact sur la satisfaction de la clientèle envers leur clinicien, qui elle a un impact sur la qualité de vie. Le lien entre la satisfaction et les symptômes et le rétablissement ne sont pas significatifs. Par contre, la continuité des soins n'est mesurée dans cette étude de Green et al. que par l'UPC et le modèle ne tient pas compte des thèmes recueillis lors de l'analyse qualitative des interviews, telle la connaissance accumulée qui favorisera la collaboration. De plus, les auteurs recommandent que le modèle soit de nouveau testé auprès d'autres populations et suggèrent que davantage de mesures de la relation et de la continuité des soins permettraient peut-être de mieux estimer leur impact réel sur le rétablissement et la qualité de vie.

En somme, les instruments issus des soins de santé mentale ne présentent pas de consensus. Certains chercheurs utilisent des mesures de la chronologie même si elles ne sont pas suffisantes pour rendre compte de la continuité relationnelle ou des soins dans leur ensemble. D'autres prennent au moins en considération la perception de la clientèle et même des intervenants, mais semblent très près, peut-être trop près, de la réalité des soins, ce qui pourrait rendre ces mesures difficiles à transposer dans des contextes de soins différents ou auprès de populations qui ne reçoivent pas exactement les mêmes types de services, telle que la population générale et les personnes atteintes de troubles de santé mentale courants. En effet, ces instruments sont élaborés auprès d'une clientèle ayant des troubles de santé mentale modérés à sévères, qui souvent affichent un niveau de

fonctionnement en société peu élevé, qui reçoivent des services essentiellement par un psychiatre et un gestionnaire de soins et qui semblent parfois pris en charge par une équipe d'intervenants. Néanmoins, à l'examen de ces écrits, il semble qu'une meilleure continuité des soins serait associée à une meilleure satisfaction de la clientèle et qualité de vie, à un meilleur fonctionnement dans la communauté et contrôle des symptômes, ainsi qu'à une réduction des hospitalisations et des coûts. Enfin, la continuité serait possiblement associée au sexe, au revenu, à l'ethnicité et à la présence d'un trouble de la personnalité ou d'une comorbidité.

Mesures dans les soins de santé primaires. Gray et al. (2003) ont effectué une revue de la documentation afin de vérifier la théorie du groupe de recherche Exeter qui considère que le fait d'avoir un médecin personnel pour ses soins de santé primaires qui permet d'obtenir des connaissances sur l'histoire, les valeurs, les attentes et les peurs du patient est plus efficace que la consultation auprès d'un médecin qui n'a pas ces connaissances. Cette théorie stipule aussi que la continuité relationnelle avec le médecin aurait pour avantage la satisfaction de la clientèle, des consultations plus efficaces, de meilleurs soins préventifs et une réduction des coûts. Bien que la revue ne précise pas la conceptualisation ni l'opérationnalisation de la continuité des soins ou relationnelle des études sur lesquels se basent leurs conclusions, la conceptualisation de la continuité des soins du groupe Exeter s'apparente à celle de la continuité relationnelle de Reid et al. (2002). Pour la clientèle, des résultats suggèrent que la relation continue entre un médecin et un patient pourrait n'avoir aucun effet ou encore avoir dans certains cas isolés

des effets nuisibles, tels qu'une moins bonne communication, des soins moins basés sur les données probantes et des complications médicales. Pour expliquer ces effets pervers, les auteurs font l'hypothèse que la relation peut devenir parfois trop paternaliste et ainsi nuire à la relation et ultimement au patient. En contrepartie, de nombreux indices suggèrent que la continuité avec le médecin favoriserait une communication plus facile, des soins à visée plus préventive, de meilleurs diagnostics, plus d'enseignement, une meilleure adhérence aux recommandations médicales, une plus grande satisfaction de la clientèle, de meilleurs états de santé, une plus grande relation de confiance et davantage d'empathie. Pour les médecins, une relation continue avec des patients ayant des problématiques complexes ou avec des attentes irréalistes serait un désavantage. Par contre, elle aurait l'avantage de sauver du temps, de mieux cerner les facteurs intergénérationnels, de hausser la satisfaction et le sentiment d'appartenance des médecins et d'accroître la connaissance de leur patient qui serait utile cliniquement et, ce, tout particulièrement avec les personnes souffrant de problèmes psychosociaux. Par ailleurs, la relation continue médecin-patient aurait l'avantage de réduire les admissions à l'hôpital et leur durée, de réduire l'utilisation de services d'urgences et, à plus large échelle, d'économiser des coûts à la société. Enfin, les auteurs rapportent que la continuité de la relation médecin-patient serait moins valorisée chez les jeunes et les hommes, ainsi que lorsque le problème de santé est perçu comme un problème mécanique plutôt que de nature psychosociale.

En 2004, dans une revue de la documentation, Cabana et Jee présente la continuité relationnelle comme la continuité soutenue des soins (traduction libre de *sustained continuity of care*) afin de la distinguer du simple fait de voir le même médecin d'une visite à l'autre. Sur l'ensemble de la documentation répertoriée, ils n'ont conservé que 18 écrits qui mesuraient la continuité soutenue des soins selon les critères suivants : 1) porte sur la relation médecin-patient; 2) sur plusieurs visites; 3) reflète une philosophie de soins offerte à tous les patients et 4) prend en considération le fait que le patient peut avoir consulté plus d'un médecin durant la période à l'étude. Les écrits retenus rapportent les résultats d'études pour différents groupes d'âge, variant des enfants aux personnes âgées, et différents groupes spécifiques tels que les personnes ayant un type particulier d'assurance, des adultes diabétiques, des femmes de différentes ethnies, des hommes âgés, des adultes épileptiques, des enfants avec des maladies chroniques et des enfants et des adultes souffrant d'asthme. Sur l'ensemble des méthodes employées pour mesurer la continuité soutenue des soins, les auteurs ont trouvé que 56 % utilisent des mesures de la concentration des soins et 39 % utilisent au moins une question pour déterminer si une affiliation existe. Enfin, deux écrits rapportent l'utilisation du *Perception of Continuity*, celui de Chao (1988) auprès des adultes et celui de Breslau et Mortimer (1981) auprès d'enfants. Malgré la difficulté d'obtenir une image claire sur les effets de la continuité soutenue des soins en raison de ces méthodes de mesures différentes, les résultats de l'étude de Cabana et Jee suggèrent dans un premier temps l'absence de documentation appuyant un effet néfaste de la continuité soutenue des soins. Elle suggère par ailleurs qu'une continuité soutenue des soins élevée hausserait le nombre de visites, bien que sur

une base annuelle les coûts seraient nettement moindres; qu'elle serait associée positivement avec la satisfaction de la clientèle; qu'elle aiderait à recevoir des soins à visée préventive; qu'elle réduirait l'utilisation de services d'urgence et hospitaliers surtout chez les personnes qui souffrent de problèmes chroniques de santé et qu'elle améliorerait la présence d'habitudes saines de santé. Enfin, les auteurs font l'hypothèse que les bénéfices de la continuité soutenue des soins sur la santé du patient nécessitent fort probablement plusieurs années ou visites concentrées et que ces bénéfices seraient plus visibles chez les personnes souffrant de problèmes chroniques de santé en raison de la forte utilisation des services de santé chez cette clientèle.

En 2006, Jee et Cabana ont réalisé une revue des instruments de la continuité des soins qui mesure la relation médecin-patient afin de relever les éléments de la continuité qui sont importants. Leur revue inclut des articles anglophones provenant de différentes sources d'experts et de plusieurs bases de données (Medline, PsycInfo et ERIC). Les termes utilisés pour leurs recherches sont *continuity of care* ou *continuity of patient care*. Les auteurs ont choisi de cibler deux populations reconnues pour leur plus grande fréquence de visite, soit les jeunes enfants qui reçoivent un suivi médical rapproché dans la première année et les personnes souffrant de maladies chroniques. Les articles concernant les patients hospitalisés, les patients en transition après une hospitalisation et ceux des soins de santé mentale ont été exclus, ainsi que les articles n'ayant pas de mesure de la continuité vérifiable par des données administratives ou les dossiers des patients. Les instruments devaient aussi mesurer la continuité avec un médecin en

particulier et sur une période de temps. Cette revue effectuée par Jee et Cabana se base finalement sur 44 articles. Des catégories ont été formées à partir de l'analyse des similitudes et des divergences dans la façon de mesurer la continuité et selon les différentes populations à l'étude. Les résultats obtenus sont subdivisés en cinq catégories selon le type de mesure : 1) la durée des soins; 2) la densité des soins; 3) la dispersion des soins; 4) la séquence des soins et 5) les estimations subjectives. Deux instruments mesurent la durée, 17 la densité, 8 la dispersion, 1 la séquence et 4 des estimations subjectives (tous auprès d'enfants). La plus fréquemment utilisée est la densité, suivie de la dispersion et l'instrument le plus utilisé est le *Usual Provider care (UPC)* de Breslau & Reeb (1975), une mesure de la densité, suivi du *Continuity of care (COC)* de Bice & Boxeman (1977) une mesure de la dispersion. Après cette première étape, les auteurs offrent un regard critique sur chaque type de mesure. Selon eux, les mesures de la durée sont insensibles au nombre de fois que le patient consulte son médecin. Ainsi, ces mesures négligent des informations pertinentes qui permettraient, entre autres, de mieux distinguer la continuité chez les personnes en relation depuis longtemps avec leur médecin et qui ne le consultent presque pas de celles qui le consultent souvent, mais depuis peu. Les mesures de la densité auraient au moins l'avantage de clarifier cette lacune, mais donnent un score faible de la continuité chez les personnes qui reçoivent des services par différentes personnes, même s'il s'agit de recommandation de leur médecin. Les mesures de la dispersion résolvent cette autre lacune, mais perdent les informations en regard de la fréquence des visites. Les mesures séquentielles prennent en considération le va et vient entre les consultations avec le médecin régulier et les autres consultants.

Ces mesures peuvent être utiles pour vérifier qu'un suivi est bien effectué, mais sont sensibles à la référence vers d'autres médecins ou spécialistes. Enfin, les mesures subjectives sont uniquement employées auprès des clientèles infantiles. Par ailleurs, les auteurs soulignent qu'ils n'ont pas trouvé de mesures qui considèrent le type de visites (suivi systématique, soins aigus et soins chroniques) et que ce type de mesure pourrait aussi s'avérer utile. En somme, les auteurs concluent qu'il manque de consensus dans la littérature sur la mesure de la continuité dans la relation médecin-patient. Selon eux, toute recherche future devrait prendre en considération les caractéristiques de chacune des mesures dans leur choix pour opérationnaliser la continuité de la relation médecin-patient. Les auteurs ne soulignent cependant pas l'absence de mesure du point de vue de la clientèle adulte dans sa revue, ni la possibilité d'opérationnaliser la continuité relationnelle autrement que par son aspect temporel.

Basé sur les travaux de Saultz (2003) sur la conceptualisation de la continuité interpersonnelle, deux autres revues, à partir des mêmes écrits, examinent le lien entre la continuité interpersonnelle et la satisfaction du patient (Saultz & Albedaiwi, 2004) et la qualité des soins et le coût des soins (Saultz, & Lochner, 2005). Ils ont examiné la méthode de chaque étude, la définition et la mesure de la continuité interpersonnelle, la conceptualisation et la mesure de la variable en association, ainsi que les résultats de ces associations. Sur l'ensemble des écrits recensés, 30 analysent la relation entre la continuité interpersonnelle et la satisfaction des soins. Malgré des problèmes méthodologiques rapportés par les auteurs tant sur le plan de la mesure de la continuité

interpersonnelle que de la mesure de la satisfaction, la revue de Saultz & Albedaiwi suggère généralement une association positive entre ces deux concepts, dans certains cas une absence de relation, mais aucun effet néfaste. Les auteurs s'interrogent alors sur le sens de la relation entre la continuité interpersonnelle et la satisfaction: est-ce la continuité qui amène la satisfaction de la clientèle ou encore la satisfaction qui incite à la continuité? Enfin, les auteurs disent croire que la valeur que les patients accordent à la continuité pourrait influencer l'effet de la continuité interpersonnelle et suggèrent que des recherches futures évaluent cette variable. Quant aux 41 articles sur la relation entre la continuité interpersonnelle et la qualité des soins, et les 22 articles sur la relation entre la continuité interpersonnelle et le coût des soins, Saultz & Lochner (2005) ont trouvé plusieurs associations avec une continuité interpersonnelle élevée : une meilleure couverture de soins préventifs, une réduction des hospitalisations, une meilleure relation médecin-patient, une meilleure gestion des soins chroniques et un meilleur suivi de maternité, ainsi que la réduction des coûts associés à l'hospitalisation, aux visites médicales, à l'utilisation des urgences, aux absences aux rendez-vous et à l'utilisation des tests diagnostiques. Par ailleurs, certains écrits ne rapportaient aucune relation, alors que trois études associent la continuité à un effet néfaste très spécifique, tels qu'une moins bonne documentation lors d'une référence pour une intervention chirurgicale, un manque de conseil en lien avec un traitement hormonal et une hausse des références et des prescriptions de médicaments. Au final, les auteurs rappellent toutefois que ces associations n'impliquent pas nécessairement un effet de causalité.

En somme, les instruments de mesure de la continuité des soins et de la continuité relationnelle dans les soins de santé primaires est aussi confuse, même si on constate certains courants. La continuité relationnelle a souvent été réduite à son aspect temporel, tel le passage du temps et le lien entre les épisodes de soins. Il est alors question de continuité chronologique. Cette manière d'opérationnaliser la continuité relationnelle ne permet cependant pas de prendre en considération la qualité de la continuité relationnelle, comme l'affirmait déjà, en 1975, McWhinney. De plus, comme le considèrent Reid et al. (2002), l'aspect temporel est un préalable à la continuité et est non suffisant pour la définir ou la mesurer puisque l'absence de lien entre les épisodes de soins passés, présents et futurs signifie tout simplement qu'il y a absence de continuité. Par conséquent, cette façon de conceptualiser et de mesurer la continuité relationnelle est inappropriée ou à la limite insuffisante. Une autre façon de concevoir la continuité relationnelle est de considérer que la relation entre un patient et un intervenant régulier se caractérise par un sentiment d'appartenance. Ainsi, il est possible de préciser envers qui le patient a un sentiment d'affiliation, ainsi que la force de cette affiliation. Par exemple, citons les travaux de Shi, Starfield et Xu (2001) qui ont opérationnalisé la force d'affiliation envers le médecin à l'aide des trois questions suivantes : 1) Y a-t-il un médecin ou un établissement qui vous connaisse le mieux comme individu? 2) Y a-t-il un médecin ou un établissement où vous allez quand vous êtes malade ou quand vous avez besoin de conseil sur votre santé? 3) Y a-t-il un médecin ou un établissement qui est davantage responsable de vos soins de santé? À partir de ces questions, un algorithme permet d'obtenir un score qui varie de 0 (*faible affiliation*) à 3 (*forte affiliation*) selon

qu'un médecin a été nommé zéro, une, deux ou trois fois. Selon les experts qui ont participé à l'atelier de Reid et al. (2002), savoir avec qui le patient a une affiliation et la force de celle-ci s'avèrent très pertinents et utiles. Mais, ces mêmes experts s'accordent aussi pour dire que ce n'est pas suffisant pour cerner la continuité relationnelle dans son ensemble, sans toutefois en préciser la ou les raisons. En fait, il est possible que la détermination de l'intervenant avec qui le patient a une affiliation soit une mesure et une conceptualisation trop précise qui ne permet pas d'englober l'ensemble du vécu du patient dans le cadre d'une relation thérapeutique qui s'échelonne sur plusieurs épisodes de soins reliés entre eux. De plus, cela ne permet pas de mesurer l'accumulation des connaissances incluses dans la conceptualisation de la continuité relationnelle retenue dans cette étude. Une autre façon d'opérationnaliser la continuité relationnelle est de mesurer les qualités de la relation. Bien que cette opérationnalisation ouvre la possibilité de mieux englober le concept de la continuité relationnelle, elle est souvent basée sur des conceptualisations qui incluent des aspects relationnels qui n'ont pas été retenus dans la définition de la continuité relationnelle dans cette étude en raison de l'impossibilité d'attribuer à la continuité relationnelle leur origine. Enfin, un autre courant veut que des instruments incluent des items ou des sous-échelles sur la connaissance du patient pour tenter d'opérationnaliser au mieux la continuité relationnelle.

Ainsi, la relation privilégiée entre un intervenant et son patient ne paraît ni être une question de temps ni être une question de confiance ou d'attitude même si ce sont des éléments favorables à l'établissement d'une relation durable. Ce qui semble spécifique à

la continuité relationnelle, c'est que le fait de voir le même intervenant à plusieurs reprises permet l'accumulation de connaissances globales sur le patient ce qui favoriserait en retour des soins cohérents avec les besoins évolutifs du patient. Plus la connaissance du patient par l'intervenant couvre divers aspects de la vie du patient, incluant son histoire médicale et son style de vie personnel et social, plus il obtient un portrait global de son patient. Pour l'instant, opérationnaliser la continuité relationnelle à l'aide d'une mesure de l'accumulation de connaissances globales sur le patient paraît la plus appropriée et la plus proche de la conceptualisation de la continuité relationnelle retenue dans cette étude.

Mesures de la connaissance du patient. La section suivante présente chaque instrument répertorié qui inclut au moins un item sur la connaissance du patient, ainsi que des articles relevés dans la littérature qui portent sur la connaissance. Sur l'ensemble des instruments répertoriés, cinq comprennent des items sur la connaissance du patient avec un ou plusieurs intervenants, dont un issu des soins de santé mentale, le *CONNECT*, et quatre des soins de santé primaires, le *Perception of Continuity*, le *CPCI*, le *PCAT* et le *PCAS* (voir le Tableau 2).

Le *CONNECT* de Ware et al. (2003), inclut deux sous-échelles de Connaissance de six items chacune, l'une remplie par le psychiatre et l'autre par le gestionnaire de soins ou le thérapeute. Dans la sous-échelle qui questionne la connaissance du patient par le psychiatre, les items portent sur ses forces, sur les relations qui sont importantes pour lui, sur son histoire familiale, sur ses relations familiales, sur ses préoccupations et sur les

Tableau 2
Mesures de la connaissance du patient

Instruments	Auteur(s)	Provenance	Échelle complète	Nombre d'items de connaissance	Version française	Aspects mesurés
CONNECT	Ware et al. (2003)	SSM	Oui	6 (psychiatre) + 6 (thérapeute)	Non	Force, relations familiales et importantes, personne de confiance, angoisses, préoccupations, buts et histoire familiale
CPCI	Flocke (1997)	SSP	Non	4 (médecin)	Oui	Histoire médicale, famille, ce qui est important pour sa santé et ce qu'ils ont vécu ensemble
PCAS	Safran et al. (1998)	SSP	Oui	5 (médecin)	Oui	Inquiétudes, responsabilité à la maison et au travail, antécédents médicaux, en tant que personne et coma
PCAT	Shi, Starfield et Xu (2000)	SSP	Non	2 (Médecin)	Oui	Problèmes importants et en tant que personne
PC	Chao (1988)	SSP	Non	2 (Médecin)	Non	Famille et problèmes familiaux

situations qui sont anxiogènes pour lui. Celle sur la connaissance du gestionnaire de soins ou thérapeute porte sur ses forces, sur ses buts, sur ce qu'il aime, sur ses préoccupations, sur ses peurs et sur une personne de confiance. Les items des deux sous-échelles sont complétées sur une échelle de type Likert en cinq points qui varie de 1 (*aucune connaissance*) à 5 (*connaissance totale*). Les résultats de l'étude de validation de Ware et al. (2003), conduite auprès de 400 adultes qui souffrent de troubles mentaux graves, indiquent que les scores aux deux sous-échelles sont concentrés autour des choix de réponse 3 (*quelques*) et 4 (*beaucoup*). La cohérence interne des deux sous-échelles est supérieure à leur critère de 0,80¹. La fidélité test-retest est entre 0,40 et 0,70 pour l'ensemble des sous-échelles. La corrélation entre les deux sous-échelles est de 0,52. Les deux sous-échelles sont faiblement corrélées avec la satisfaction de la clientèle et avec la qualité de vie, mais ne sont pas corrélées avec la symptomatologie dépressive et anxiouse, ni avec la coordination. En somme, cet instrument pourrait s'avérer intéressant en raison de la présence de sous-échelles complètes sur la connaissance. Toutefois, le psychiatre et le gestionnaire de cas sont absents des soins de santé primaires et les preuves de validité sont encore peu développées. Néanmoins, notons que les items sous ses deux sous-échelles couvrent les relations interpersonnelles du patient, son histoire familiale, ses forces, ses motivations et ses émotions et que le *CONNECT* semble souligner l'importance des relations interpersonnelles du patient. Celles-ci sont incluses

¹ Notons que les auteurs ne précisent pas les résultats exacts pour la cohérence interne, la fidélité test-retest et la corrélation avec la satisfaction de la clientèle.

dans trois items de la sous-échelle Connaissance du patient par le psychiatre (les relations qui sont importantes pour lui et ses relations familiales) et par le gestionnaire de soins ou thérapeute (les personnes en qui il peut avoir confiance en cas de besoin).

Le *Perception of Continuity* de Chao (1988) comprend uniquement deux items sur la connaissance sur l'ensemble de ses questions. L'absence d'une sous-échelle complète sur la connaissance n'en fait pas un instrument approprié pour mesurer la continuité relationnelle telle que définie dans cette étude. Néanmoins, on note que ces deux items portent sur la connaissance de la famille du patient et des problèmes familiaux.

Le *Primary Care Assessment Tool (PCAT)* de Shi et al. (2001) contient une sous-échelle de quatre items sur les soins continus, *Ongoing Care*, dont un item porte sur la possibilité d'être vu par le même médecin à chaque visite, un autre concerne la possibilité de rejoindre le médecin qui le connaît le mieux et deux items portent sur la connaissance du patient en tant que personne et sur la connaissance des problèmes les plus importants pour lui. En bref, cette sous-échelle a seulement deux items qui mesurent réellement la connaissance du patient, dont un qui peut porter à interprétation (la connaissance du patient en tant que personne).

Le *Components of Primary Care Instrument (CPCI)* de Flocke (1997) contient pour sa part une sous-échelle nommée Connaissance accumulée. Elle inclut quatre items sur l'histoire médicale du patient, sur sa famille, sur ce qui est important pour sa santé et sur ce que le médecin et le patient ont vécu ensemble. Les items sont complétés sur une

échelle en six points variant de 1 (*fortement en désaccord*) à 6 (*fortement en accord*). L'étude de validation a été effectuée auprès de 2899 patients venus consulter leur médecin de famille. La moyenne d'âge des participants est de 42 ans et la majorité sont des femmes (62 %). La moyenne des items se situent entre 3,14 et 4,36. La moyenne globale est de 3,5 et la cohérence interne est de 0,75. La sous-échelle est corrélée à 0,32 avec la satisfaction de la clientèle et à 0,29 avec le fait que les attentes de la visite aient été comblées. Par ailleurs, lorsqu'on examine le reste de l'instrument, on note quatre autres items qui portent sur la compréhension de ses besoins, sur ses croyances et attentes, sur ses habitudes de vie et sur le patient en tant que personne (ses loisirs, son emploi etc.), bien que ceux-ci ne soient pas intégrés à la dimension sur la connaissance accumulée. Dans l'ensemble, le *CPCI* a l'avantage de questionner plusieurs aspects différents de la vie du patient, mais l'absence d'une sous-échelle incluant l'ensemble des items sur la connaissance ne permet pas d'en déterminer les propriétés psychométriques. De plus, la formulation des items diffère d'un item à l'autre et rend la lecture un peu compliquée. Enfin, l'item sur ce qu'ils ont vécu ensemble peut porter à interprétation ce qui peut affecter à la fois sa mesure et les conclusions qu'on peut en tirer.

Enfin, le *Primary Care Assessment Survey (PCAS)* de Safran et al. (1998) contient la sous-échelle Connaissance contextuelle qui comprend cinq items. Les quatre premiers portent sur la connaissance du patient à l'égard de son histoire médicale, de ses responsabilités au travail et à la maison, de ses préoccupations concernant sa santé et sur le patient en tant que personne (ses valeurs et ses croyances). Ces items sont complétés

sur une échelle en six points variant de 1 (*très mauvaise*) à 6 (*excellente*). Le cinquième item porte sur ce que le médecin ferait si son patient était dans le coma et est rempli avec une échelle en cinq points variant de 1 (*tout à fait d'accord*) à 5 (*pas du tout d'accord*). Pour les analyses, les scores ont été reportés sur une échelle de 0 à 100. La validation a été effectuée à partir d'un échantillon de 6 094 adultes, âgés en moyenne de 48,6 ans et dont la majorité était des femmes (55,8 %). La cohérence interne est de 0,92 et les corrélations entre chacun des items et la sous-échelle varient entre 0,63 et 0,85. La moyenne globale est de 55,90 sur 100. Cet instrument a l'avantage de couvrir plusieurs aspects de la vie du patient et de présenter une formulation similaire pour les quatre premiers items. Cependant, l'item sur le coma paraît peu représentatif des discussions entre le médecin et le patient et celui sur la connaissance du patient en tant que personne ne précise pas ce que signifie *vous en tant que personne*. Par exemple, fait-elle référence à vous en tant que personne malade ou à vous en tant que personne humaine?

Enfin, une étude explore la valeur de la connaissance du patient du point de vue du médecin. En 1987, Hjortdahl et Borchgrevink (1991) effectuent une étude en Norvège dans le but d'évaluer l'influence de l'accumulation de connaissances sur l'utilisation de ressources durant la consultation médicale. Pour les fins de l'étude, 133 médecins généralistes, sélectionnés au hasard, ont accepté que 30 consultations consécutives soient enregistrées. Après chaque consultation, le médecin devait répondre à un questionnaire sur la continuité des soins, la connaissance de l'histoire médicale du patient et sur l'utilisation de ressources durant la consultation. Pour ces dernières, le médecin devait

préciser si elles étaient utilisées pour une raison clinique, en raison de la connaissance antérieure du patient ou en raison d'un manque de connaissances du patient. Enfin, le médecin devait aussi estimer l'influence des connaissances antérieures sur le temps de la consultation. Les résultats suggèrent qu'une connaissance antérieure de l'histoire médicale du patient réduit le temps de consultation de façon significative, alors qu'un manque de connaissances prolongerait le temps des consultations dans un tiers des cas. Selon les auteurs, le manque de connaissances serait plus gênant lorsque les patients auraient des problèmes de nature psychosociale. Mais, les auteurs rapportent également que lorsqu'il y a une augmentation du temps de consultation malgré une connaissance antérieure du patient qualifiée de bonne ou excellente, la raison est souvent en lien avec des problèmes psychiatriques ou sociaux. Ces résultats semblent démontrer que la connaissance de l'histoire du patient n'est peut-être pas assez globale pour cerner l'ensemble des problèmes à la fois médicaux et psychosociaux du patient. Quant à l'utilisation des différentes ressources, l'accumulation de connaissances encouragerait moins l'utilisation de tests de laboratoire et de prescriptions et davantage d'utilisation de références, de certificats de maladie et de gestion retardée de la problématique qui signifie la réévaluation de la situation dans quelques temps sans intervention immédiate. En contrepartie, un manque de connaissances pousserait les médecins à demander plus de tests de laboratoires. Les résultats ont aussi démontré que les médecins accumulent une connaissance sur leur patient et qu'ils utilisent davantage la gestion retardée des soins qui réduit l'utilisation des autres ressources lorsque leurs connaissances augmentent. Dans un second article découlant de cette même étude, Hjortdahl (1992) explore cette fois le lien

entre la connaissance du médecin et la durée de la relation médecin-patient et la concentration des soins dans les douze derniers mois. Les résultats indiquent que cela prendrait souvent plus de cinq ans, ou au moins quatre à cinq visites sur un an, pour créer une connaissance accrue incluant des informations sur l'histoire médicale, la personnalité et le réseau social du patient. En somme, les résultats de Hjortdahl et Borchgrevink (1991) et de Hjortdahl (1992) soulignent les avantages que les médecins associent à l'accumulation de connaissances, les inconvénients qu'ils associent au fait de ne pas avoir une telle connaissance, la présence d'indices suggérant que la connaissance médicale du patient n'est peut-être pas suffisante pour faire face à des problèmes psychiatriques ou psychosociaux et la relation qui existe entre la durée de la relation entre le patient et son médecin et l'accumulation de connaissances globales.

Bénéfices associés

Bien que cette revue de la documentation souligne que les bénéfices associés ont été recueillis sur des bases très diverses, il semble que, du point de vue conceptuel, la continuité des soins ou relationnelle permettrait de réduire la répétition des informations, de favoriser une relation intervenant-patient caractérisée par la loyauté, la confiance et un sentiment de responsabilité, de hausser l'accumulation de connaissances globales sur le patient, d'assurer une plus grande cohérence des services offerts en fonction des besoins évolutifs du patient, d'offrir des soins à visée préventive, de mieux comprendre un épisode de soins dans le contexte global de la santé du patient, de mieux coordonner les soins, d'augmenter la satisfaction de la clientèle et de diminuer les coûts (Gray et al.,

2003; Reid et al., 2002; Saultz, 2003; Ware et al., 1999). Nonobstant les problèmes de confusion sur le plan de la conceptualisation et de l'opérationnalisation de la continuité des soins et de la continuité relationnelle, les études répertoriées appuieraient ces hypothèses. En fait, le fait d'avoir une relation thérapeutique continue avec un ou des intervenants pour ses soins de santé primaires ou ses soins de santé mentale aurait rarement des effets néfastes, parfois aucun effet et souvent des effets bénéfiques pour le patient. Par exemple, les études suggèrent que la continuité serait associée à une plus grande satisfaction de la clientèle (Adair et al., 2005; Cabana & Jee, 2004; Chao, 1988; Flocke, 1997; Freeman et al., 2000; Gray et al., 2003; Green et al., 2008; Saultz & Albedaiwi, 2004; Ware et al., 2003), à une meilleure couverture de soins préventifs (Cabana & Jee, 2004; Gray et al., 2003; Saultz & Lochner, 2005), à de meilleures habitudes de vie (Cabana & Jee, 2004), à de meilleurs diagnostics (Gray et al., 2003), à une plus forte adhérence aux recommandations médicales (Gray et al., 2003), à une plus grande confiance (Bültzingslöwen et al., 2006; Gray et al., 2003; Reid et al., 2002), à un meilleur état de santé (Gray et al., 2003), à une meilleure qualité de vie (Adair et al., 2005; Green et al., 2008; Ware et al., 2003), à un meilleur fonctionnement (Adair et al., 2005; Ware et al., 2003), à une diminution de l'utilisation des services d'urgence, des admissions à l'hôpital et des coûts (Adair et al., 2003; Cabana & Jee, 2004; Gray et al., 2003; Saultz & Lochner, 2005), à une meilleure gestion des soins chroniques (Saultz & Lochner, 2005), à une symptomatologie plus faible et à un meilleur contrôle des symptômes (Adair et al., 2003; Adair et al. 2005), à une hausse du sentiment de sécurité, à une meilleure possibilité de voir l'évolution du patient, à une plus grande connaissance

du patient et à une cohérence des services en fonction des besoins évolutifs et de l'ensemble de sa personne (approche holistique) (Bültzingslöwen et al., 2006; Hjortdahl & Borchgrevink, 1991). D'autres hypothèses restent à vérifier, telles qu'une association avec l'alliance thérapeutique et le bien-être psychologique (Ware et al., 2003). Pour les médecins, la continuité aurait l'avantage de sauver du temps, de mieux cerner les enjeux intergénérationnels, de favoriser une plus grande satisfaction, un meilleur sentiment d'appartenance et une plus grande connaissance du patient, qui serait particulièrement utile auprès des personnes ayant des problèmes psychosociaux (Gray et al., 2003; Hjortdahl & Borchgrevink, 1991). Par ailleurs, le fait de voir le même intervenant d'une consultation à l'autre serait apprécié par les personnes qui souffrent de troubles mentaux graves, de problèmes psychosociaux, de troubles comorbides ou de problèmes de santé chroniques, ainsi que par les femmes et les personnes plus âgées (Adair et al., 2005; Bültzingslöwen et al., 2006; Cabana et Jee, 2004; Chao, 1988; Crawford et al., 2004; Durbin et al., 2004; Gray et al., 2003; Joyce et al., 2004). Par conséquent, bien que ces résultats n'aient pas été vérifiés auprès de la clientèle des soins de santé mentale primaires, il est probable que certaines de ces associations puissent être aussi manifestes pour la continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires.

Opérationnalisation de la continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires

Une mesure de la continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires devrait, d'une part, être la plus représentative possible de la réalité des soins que reçoit sa

clientèle. Actuellement, l'utilisation des services de première ligne en santé mentale au Québec et les recommandations incluses dans le PASM (MSSS, 2005) soutiennent le rôle central du médecin de famille pour les soins de santé mentale primaires. Par conséquent, un instrument sur la continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires devrait mettre en évidence cette relation. Les instruments issus des soins de santé primaires qui mesurent la connaissance du patient par le médecin du point de vue du patient semblent un choix judicieux, car ils mettent en évidence la relation fidélisée entre un patient et son médecin et ne questionnent pas la connaissance d'intervenants souvent absents des soins de santé primaires, tels le psychiatre et le gestionnaire de soins. Sur les cinq instruments qui mesurent la connaissance du patient (le *CONNECT*, le *Perception of Continuity*, le *CPCI*, le *PCAT* et le *PCAS*), en reste donc quatre issus des soins de santé mentale primaires.

D'autre part, une mesure de la continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires du Québec devrait idéalement: 1) comprendre une sous-échelle complète sur la connaissance du patient pour limiter l'impact sur la validité et la fidélité, 2) inclure des items couvrant le plus d'aspects possibles de la vie des patients pour obtenir la vision la plus globale du patient, 3) présenter un niveau de compréhension peu complexe pour le participant et 4) avoir une version francophone validée pour le contexte canadien. Sur les quatre instruments des soins de santé primaires, le *Perception of Continuity* ne répond pas au premier critère et la sous-échelle *Ongoing Care* du *PCAT* inclut peu d'items pour

représenter globalement la connaissance du patient comparativement aux sous-échelles Connaissance contextuelle du *PCAS* et Connaissance accumulée du *CPCI*.

Une récente étude de Haggerty, Beaulieu, Pineault, Burge, Lévesque et Beaulieu (2009), qui avait pour objectif de comparer des instruments validés dans les soins de santé primaires afin de déterminer les plus pertinents dans le contexte canadien, apporte certains éléments qui peuvent aider à la sélection de la sous-échelle la plus appropriée pour une utilisation dans les soins de santé mentale primaires. Les auteurs ont retenu six instruments pour effectuer une validation canadienne des versions anglophone et francophone, dont le *PCAS* et le *CPCI*. Les participants étaient des adultes qui avaient un médecin régulier qu'ils avaient consulté dans les douze derniers mois. Pour la validation des versions françaises, les participants provenaient de la province du Québec et pour la version anglaise, de la Nouvelle-Écosse. Les résultats indiquent que la sous-échelle Connaissance contextuelle du *PCAS* a une moyenne de 3,96 sur six, une médiane à 4,10, un écart-type de 1,1 et une cohérence interne de 0,91, alors que la sous-échelle Connaissance accumulée¹ du *CPCI* a une moyenne de 4,5 également sur six, une médiane à 4,75, un écart-type à 1,2 et une cohérence interne à 0,91. Les deux tendent vers les résultats supérieurs avec une médiane plus élevée que la moyenne. En somme, ces résultats témoignent, selon les auteurs, de la validité et des bonnes propriétés psychométriques de la version française des deux sous-échelles (Haggerty et al., 2009a).

¹ L'ensemble des huit items portant sur la connaissance accumulée du *CPCI* de Flocke (1997) a servi à l'étude de validation canadienne.

Puis, Burge et al. (2009) ont aussi effectué une analyse de réponse à l'item afin de vérifier dans quels instruments les items discriminaient bien l'ensemble du continuum de chacune des variables latentes. Ainsi, les auteurs désiraient s'assurer que les items des sous-échelles de connaissance étaient en mesure de discriminer autant les participants qui ont une perception faible de la connaissance du patient par le médecin que les participants qui en ont une perception élevée (pour une explication plus détaillée de l'analyse de réponse à l'item, voir Santor et Ramsay, 1998). Les conclusions de l'analyse indiquent que la sous-échelle Connaissance contextuelle du *PCAS* discrimine mieux que la sous-échelle Connaissance accumulée du *CPCI* les différents niveaux de la connaissance du patient par le médecin. Par ailleurs, une analyse qualitative des items et des choix de réponses de ces deux instruments a aussi été effectuée à partir du témoignage de 110 personnes anglophones et francophones (Haggerty, Santor, Lawson, Beaulieu, Fournier et Burge, 2009b). Dans l'ensemble, les participants ont apprécié le fait que le *PCAS* soit court, simple à lire et à compléter et qu'il utilise des échelles de réponse de type Likert, des regroupements d'items par thématique et des directives préalables. Pour le *CPCI*, ils ont apprécié aussi qu'il soit court et simple à comprendre. Cependant, ils ne l'ont pas apprécié en raison de la présence d'items inversés, de choix de réponse sous la forme accord/désaccord qui encourageaient des réponses aux deux extrémités et du format de l'instrument qui ne comprend aucune sous-échelle distinctive lors de la passation ce qui hausse la confusion entre les lignes. En somme, la comparaison des sous-échelles Connaissance contextuelle du *PCAS* et accumulée du *CPCI* suggèrent que la première pourrait s'avérer un choix adéquat pour tenter une validation auprès de la clientèle des

soins de santé primaires. Cette sous-échelle présente de bonnes propriétés psychométriques et ses items discriminent bien l'ensemble du continuum de la connaissance du patient par le médecin. L'échelle globale, le *PCAS*, est de plus appréciée de la clientèle, facile à comprendre et à lire et sa version française a été validée auprès de la population des soins de santé primaires du Québec.

Donc, à la lumière de cette recension de la documentation, une bonne mesure de la continuité relationnelle adaptée à la clientèle des soins de santé mentale primaires devrait être opérationnalisée par une mesure de l'accumulation de connaissances globales sur le patient par le médecin du point de vue de la clientèle et être facilement adaptable aux soins de santé mentale primaires qui sont essentiellement offert par les médecins de famille. La sous-échelle Connaissance contextuelle du *PCAS* semble être un bon choix pour les raisons mentionnées précédemment. Toutefois, l'accent mis sur la connaissance des relations interpersonnelles du patient dans le *CONNECT* de Ware et al. (2003) n'est pas présent dans le *PCAS* de Safran et al. (1998), ce qui indique peut-être une adaptation à apporter pour mieux englober les connaissances importantes dans les soins auprès des personnes qui souffrent de problèmes mentaux ou psychosociaux.

Relation interpersonnelle et troubles de santé mentale courants. Contrairement à la plupart des instruments comportant des items spécifiquement sur la connaissance du patient dans les soins de santé primaires (*PC*, *CPCI*, *PCAS* et *PCAT*), le *CONNECT* issu des soins de santé mentale met un accent sur la qualité des relations interpersonnelles du patient, ce qui semble indiquer son importance dans les soins offerts à la clientèle

souffrant de troubles mentaux graves. Pour la clientèle des soins de santé mentale primaires, la littérature portant sur la relation entre la qualité du soutien social et les problèmes courants de santé mentale chez les adultes semble appuyer le fait que la qualité des relations interpersonnelles, et le soutien qu'il peut ou non en résulter, pourrait s'avérer aussi importante.

En 2000, Zlotnick, Kohn, Keitner et Della Grotta effectuent une étude aux États-Unis afin de comparer la qualité des interactions sociales chez les patients dépressifs de celle des patients qui souffrent de dysthymie, de dépression et d'un autre trouble de santé mentale (comorbidité), d'un trouble de santé mentale non affectif ou encore de patients qui n'ont jamais souffert d'un trouble psychiatrique. Les personnes atteintes d'un trouble bipolaire ont été exclues de l'étude. La qualité des interactions dans le couple, avec les amis et dans la famille a été observée et subdivisée en deux dimensions: 1) l'intensité du soutien négatif, qui fait référence aux interactions où on s'appuie trop sur le patient, où il se sent sous tension et énervé, où on le critique et argumente avec lui et où le patient sent qu'il ne peut compter sur l'autre et 2) la qualité du soutien positif, qui fait référence aux interactions où le patient sent qu'on prend soins de lui, où on le comprend et l'apprécie, où il peut être lui-même et se confier et où il peut compter sur l'autre en cas de besoin. Comparativement aux personnes sans problème de santé mentale ou avec des problèmes de santé mentale de nature non affective, les résultats révèlent que les patients dépressifs rapportent davantage de soutien négatif et moins de soutien positif dans leur relation avec leur conjoint. Les résultats montrent aussi une absence de différence entre les patients

atteints de dépression et de dysthymie sur le plan des problèmes relationnels ce qui indiquerait, selon l'auteur, que les problèmes relationnels ne sont pas une question d'intensité de la symptomatologie dépressive. Les problèmes relationnels ne seraient pas non plus attribuables à la comorbidité puisque les patients avec un ou deux troubles comorbides ne diffèrent pas de ceux avec seulement un trouble dépressif majeur. Par ailleurs, les auteurs ont aussi comparé les personnes qui ont souffert dans le dernier mois de dépression majeure de celles qui en ont souffert il y a plus d'un an. On note que les personnes avec une dépression majeure courante rapportent moins de soutien positif et plus de soutien négatif dans l'ensemble de leurs relations, alors que les personnes ayant déjà souffert d'une dépression dans les 12 mois, rapportent plus de soutien négatif dans l'ensemble de leurs relations, mais plus de soutien positif de leur famille. Ainsi, les résultats de Zlotnick et al. suggèrent que la qualité des relations conjugales est particulièrement importante à considérer dans les troubles dépressifs, que la présence d'un soutien négatif serait associée à la dépression antérieure et que la présence d'un soutien négatif et d'un manque de soutien positif serait associée à la dépression courante.

Pour leur part, Barrett et Barber (2007) ont effectué une étude afin de déterminer le style des relations interpersonnelles chez des patients dépressifs. Ils ont aussi comparé leurs résultats avec ceux, entre autres, de patients non-déprimés, de patients avec une dysthymie, de patients déprimés avec ou sans un trouble de la personnalité, de patients déprimés avec ou sans un trouble de l'axe I selon le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV)* (Association Américaine de Psychiatrie, APA, 1994) et

plus particulièrement de patients déprimés avec ou sans un trouble anxieux généralisé. Les résultats indiquent que la détresse interpersonnelle est plus élevée chez les patients dépressifs que chez le groupe de patients non-déprimés et chez les personnes déprimées avec aussi un trouble de personnalité ou un trouble de l'axe I. Elle n'est cependant pas différente chez les patients déprimés et chez les patients qui présentent une dysthymie ou encore un trouble d'anxiété généralisé. Ainsi, l'étude de Barrett et Barber suggère que la sévérité des symptômes dépressifs n'expliquerait pas les problèmes interpersonnels des personnes avec une dépression, mais que la présence d'un autre trouble de santé mentale, tel un trouble de la personnalité ou un trouble de l'axe I augmenterait la sévérité des problèmes interpersonnels.

En 2007, Gladstone, Parker, Malhi et Wilhelm (2007) ont réalisé une étude en Australie afin de déterminer les caractéristiques cliniques et sociodémographiques associées à une perception d'un faible soutien social chez des personnes dépressives. Les résultats n'indiquent aucune différence entre les hommes et les femmes et selon l'âge des participants. Par contre, les personnes en couple percevraient plus positivement leur soutien social, les personnes sans emploi ou qui sont en arrêt de travail pour maladie percevraient plus négativement leur soutien social et les personnes avec un plus grand nombre d'année d'études percevraient le soutien d'amis plus positivement. Par ailleurs, les résultats montrent également qu'une perception faible du soutien social en général serait associée à un degré plus élevé de symptômes dépressifs, qu'une perception moins positive du soutien social provenant des amis serait associée à un épisode dépressif plus

long, que 52 % des participants considèrent que l'absence ou un manque de soutien social aurait compliqué leur rétablissement, qu'une perception moins positive du soutien social provenant de la famille serait associée à un nombre d'épisodes dépressifs plus élevé et à une apparition plus précoce du premier épisode dépressif. Ainsi, les résultats de Gladstone et al. suggèrent que la qualité du soutien en général influencerait l'apparition et la sévérité des symptômes dépressifs, que celle des amis aurait un impact sur la durée de l'épisode dépressif, que celle de la famille aurait un impact sur l'émergence et la chronicité des épisodes dépressifs, que les patients croient que la qualité du soutien social aurait une influence sur leur rétablissement et que le fait d'être en couple ou non et d'avoir un emploi ou non influencerait la perception du soutien social.

En 2005, Bertera a effectué une étude auprès d'adultes américains afin d'examiner la relation entre le soutien social positif et négatif, la source de soutien et les troubles de l'humeur et anxieux. Les données sont issues du *National Comorbidity Survey*, une enquête réalisée aux États-Unis, qui présente la prévalence des troubles de santé mentale dans la population. Les résultats indiquent que les femmes de cette étude ont rapporté davantage de soutien social négatif par leur conjoint et leur famille, moins de soutien social négatif par leurs amis, davantage de soutien social positif par leurs amis et leur famille et moins de soutien social positif de leur conjoint. Les personnes qui perçoivent leur état de santé physique plus élevé ou qui ont un salaire supérieur à 20 000\$ US rapportent moins de soutien négatif et plus de soutien positif de la part de leur famille, de leur conjoint et de leurs amis. Le niveau d'éducation et l'origine ethnique n'ont pas

d'influence sur la perception du soutien social négatif, mais les personnes d'origine caucasienne et les personnes qui ont plusieurs années d'études rapportent davantage de soutien social positif. De plus, les corrélations selon que la source de soutien provient du conjoint, des amis ou de la famille soulignent que la relation inversée entre le soutien positif et négatif est plus importante dans la relation conjugale que dans les autres relations. Par ailleurs, les résultats de régressions multiples indiquent que le soutien négatif à plus d'incidence sur le risque de développement de troubles de l'humeur et des troubles anxieux que le soutien social positif peut en protéger l'émergence. En fait, le soutien négatif est néfaste que ce soit en relation avec les amis, la parenté ou avec son conjoint, alors que seul le soutien social positif avec la parenté aurait un effet protecteur sur le développement de troubles mentaux courants. En somme, les résultats de Bertera suggèrent que l'impact d'un soutien social négatif est plus important que l'impact du soutien positif tant pour les troubles anxieux que de l'humeur, que la relation de couple est la source la plus importante de soutien négatif ce qui indiquerait que les reproches, l'inattention et la tension dans le couple auraient beaucoup d'influence sur les troubles mentaux courants, que les relations familiales semblent avoir un certain effet protecteur sur les troubles anxieux et de l'humeur et que le sexe, le revenu et la perception de l'état de santé physique auraient une influence sur la perception du soutien social positif et négatif.

Dans l'ensemble, ces études semblent indiquer que la perception du soutien social influence le développement, le maintien et les récidives de la dépression et de l'anxiété.

Les relations avec le conjoint, les amis et la famille paraissent avoir chacune leur influence, mais les relations dans le couple semblent être la relation la plus importante à considérer pour les problèmes de santé mentale courants. Que la qualité des relations interpersonnelles soit un signe précurseur ou une conséquence de l'anxiété ou de la dépression, il semble que sa connaissance soit utile à acquérir par les intervenants dans les soins de santé mentale primaires ne serait-ce que pour dépister les problèmes de santé mentale courants. Par conséquent, ces études appuient le fait qu'un instrument sur la continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires et opérationnaliser par la mesure de la connaissance du patient par le médecin devrait tenir compte de la connaissance des relations interpersonnelles du patient. De ce fait, nous supposons qu'une accumulation de connaissances globales sur le patient par le médecin, incluant la connaissance de ses relations interpersonnelles, devrait mieux refléter une bonne continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires qui devrait en retour influencer favorablement l'évolution de cette clientèle.

Ainsi, puisque le but de l'intégration des soins de santé mentale aux soins de santé primaires est, entre autres, de pouvoir mieux dépister les problèmes de santé mentale les plus courants afin d'intervenir préocemment, il s'avère important que le médecin s'intéresse aux particularités de la clientèle des soins de santé mentale primaires. Toutefois, comme nous l'avons noté, le *PCAS* n'intègre pas les aspects relationnels du patient. C'est pourquoi, il s'avère selon nous pertinent d'adapter l'instrument issu des soins de santé primaires aux besoins particuliers de la clientèle des soins de santé mentale

primaires. Les items dans le *CONNECT* de Ware et al. (2003) pourraient d'ailleurs être utilisés comme point de départ pour l'élaboration d'un ou de plusieurs items sur les relations interpersonnelles. Pour un item général : *How much does [name of psychiatrist] know about relationships that are important to you?* Et pour des items plus spécifiques: *How much does [name of psychiatrist] know about your relationships with your family?* ou *How much does [name of case manager or therapist] know about who you feel you can trust?*

Objectifs de l'étude *Continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires: adaptation et validation d'une sous-échelle de connaissance accumulée*

L'étude qui suit a pour but la création d'une mesure fiable et valide adaptée à la clientèle des soins de santé mentale primaires et comprend deux objectifs principaux. D'abord, adapter la sous-échelle Connaissance contextuelle du *PCAS* De Safran et al. (1998), en ajoutant un ou des items sur les relations interpersonnelles inspirés du *CONNECT* de Ware et al. (2003) et, ensuite, valider la sous-échelle auprès d'une clientèle souffrant de troubles mentaux courants, tels que l'anxiété et la dépression.

Chapitre II

*Continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires:
adaptation et validation d'une sous-échelle de connaissance accumulée*

CONTINUITÉ RELATIONNELLE ET SANTÉ MENTALE PRIMAIRE

Continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires:
adaptation et validation d'une sous-échelle de connaissance accumulée

Mélanie St-Onge

Université du Québec à Trois-Rivières

Jeannie Haggerty

Université McGill

Pasquale Roberge

Université de Sherbrooke

Arnaud Duhoux

Université de Montréal

Louise Fournier

Université de Montréal

Note des auteurs

Mélanie St-Onge, Ph.D en psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières; Jeannie Haggerty, Chaire de recherche McGill en médecine familiale et communautaire, Université McGill; Pasquale Roberge, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Université de Sherbrooke; Arnaud Duhoux, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal et Louise Fournier, Chaire en santé publique appliquée IRSC-FRSQ-MSSS, professeure au département de médecine sociale et préventive, université de Montréal, chercheuse au CRCHUM.

Cet article est issu d'une étude doctorale en psychologie menée par l'auteure principale à l'intérieur d'une recherche plus vaste réalisée par l'Institut national de santé publique du Québec grâce à un financement de la Fondation canadienne de la recherche en santé. Cette étude a reçu l'approbation du Comité d'éthique et de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières (CER-08-139-06. 08 et CER-09-148-07. 09).

La correspondance devrait être acheminée à Mélanie St-Onge, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, C.P. 500, Trois-Rivières, Québec, Canada, G9A 5H7. Courriel : stongm@uqtr.ca

Continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires : adaptation et validation d'une sous-échelle de connaissance accumulée

Résumé

Devant l'absence d'une mesure de la continuité relationnelle validée dans les soins de santé mentale primaires, l'objectif de cette étude est d'adapter la sous-échelle Connaissance contextuelle du *Primary Care Assessment Survey* de Safran et al. (1998) et de la valider auprès d'adultes recrutés dans des cliniques médicales et souffrant de troubles mentaux courants. L'adaptation présente de bonnes propriétés psychométriques et l'ajout d'un item sur la connaissance des relations interpersonnelles du patient est cliniquement pertinent. Toutefois, des suggestions sont proposées pour améliorer l'item ajouté, l'opérationnalisation et la conceptualisation de la continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires.

Mots clés : Continuité relationnelle, soins de santé mentale primaires, relation médecin-patient, opérationnalisation

Abstract

In the face of a lack of a validated relational continuity measure for primary mental health care, this study presents the adaptation of the French version of the Contextual Knowledge subscale of the *Primary Care Assessment Survey* by Safran and al. (1998) and its validation in a sample of patients with anxiety and depression and receiving care from their family physician. As part of a larger project called Projet dialogue by the Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), six hundred and thirteen French adults recruited in medical clinics and suffering from depression or from an anxiety disorder completed the adapted Contextual Knowledge subscale. The new subscale shows good psychometric properties similar to the original and the Canadian versions, with the respect to the unidimensional structure, correlations between items from 0,62 to 0,83 and an internal coherence of 0,92. The added item on interpersonal relationship slightly enhances the internal coherence, but weakens variance/covariance matrix of the structural equation model suggesting that improvement is need. As expected, the adapted Contextual Knowledge subscale is significantly associated with Strength of Affiliation [$r(546) = 0,18, p < 0, 001$] and the Therapeutic Alliance [$r(257) = 0,54, p < 0, 001$]. Furthermore, patients in relation with their physician for a length exceeding five years reported better knowledge by their physician than patients in relation for five years or less [$t(483) = 7,60, p < 0,001$]. Also, patients that perceived relational continuity as somewhat or extremely important reported better knowledge by their physician than patients who accorded it less importance [$t(605) = 5,76, p < 0,001$]. Contrary to what was expected, the

relation between the relational continuity is not associated with risk of hospitalization, adherence to medical recommendation to consult a mental health professional or with the evolution of functional and anxiety or depressive symptomatology. These results suggested that further research is necessary to improve the relational measure in primary mental health care, to better understand what contributes to and results from relation continuity. Nonetheless, having a more global knowledge of the patient, including interpersonal relationship knowledge, is clinically relevant for treating common primary mental disorders and improving the quality of primary mental health care.

Key words: relational continuity, primary mental health care, physician-patient relation, operationalization

Les problèmes de santé mentale représentent un lourd fardeau économique, humain et social dans le monde et le Canada n'échappe pas à ce fléau^{1,2}. Au Canada, entre 4,5 % et 4,7 % de la population âgée de plus de 15 ans affirment avoir souffert, respectivement, d'un trouble dépressif majeur ou d'un trouble anxieux dans la dernière année³, soit l'un des deux troubles les plus courants. L'amélioration des soins de santé mentale (SSM) offerts en première ligne est donc devenue prioritaire^{1,4,5}.

Au Québec, le *Plan d'action en santé mentale*⁴ vise l'amélioration et la réorganisation des soins de santé mentale primaires (SSMP). Le gouvernement souhaite ainsi développer prioritairement les services de première ligne en améliorant, entre autres, la prise en charge des problématiques de santé mentale par les médecins généralistes et en haussant la collaboration entre ces médecins et les autres intervenants en santé mentale.

La continuité, un des six principes directeurs du *Plan*⁴, est décrite comme une façon d'assouplir les frontières entre les interventions et de réduire les ruptures dans les services. La continuité est d'ailleurs reconnue comme un enjeu important de la qualité des SSM^{1,5}.

Cependant, la conceptualisation de la continuité des soins diffère selon les disciplines⁶. Dans les soins de santé primaires (SSP), il est question de la relation avec un médecin qui permet l'accumulation de connaissances tant médicales que personnelles, soit la continuité relationnelle (CR) telle que la conçoivent Reid, Haggerty et McKendry (2002)⁷. Dans les SSM, elle fait plutôt référence à la relation entre un patient ou une

patiente et une équipe de soins afin de maintenir un contact pendant la trajectoire de soins et d'assurer la coordination de ceux-ci⁶. Il est donc non seulement question de CR dans les SSM, mais aussi d'une plus grande interrelation ou interdépendance entre le patient ou la patiente et l'équipe d'intervenants. Toutefois, cette conceptualisation de la continuité des soins se rattache surtout aux soins offerts aux personnes souffrant de troubles mentaux graves.

Bien qu'elle semble importante pour la qualité des services offerts dans les SSP et dans les SSM, la CR n'a pas encore fait l'objet d'étude dans les SSMP⁸. Des données tirées d'enquêtes populationnelles sur les services utilisés par les personnes souffrant de troubles mentaux courants au Québec⁹⁻¹¹ semblent néanmoins démontrer que la CR, si elle existe, passe essentiellement par le médecin de famille tel que le recommande le *Plan*⁴. À cette relation, se greffent toutefois d'autres intervenants comme dans les SSM.

Mieux comprendre la CR dans les SSMP s'avère donc un élément essentiel et pertinent pour l'intégration des SSM aux SSP. Ainsi, on peut se demander en quoi les connaissances sur la CR dans les SSP et dans les SSM peuvent-elles nous éclairer pour mieux définir et étudier la CR dans les SSMP.

Sur la base d'une revue de la documentation^{7,12-26}, nous proposons une nouvelle définition de la CR en partie tirée des travaux de Reid et al. 2002. Ainsi, la CR est l'expérience d'une relation thérapeutique entre un patient ou une patiente et un ou des intervenants qui relie les épisodes de soins passés, présents et futurs et qui permettrait

d'accumuler des connaissances globales sur le patient ou la patiente⁷ afin de lui offrir des soins cohérents avec ses besoins évolutifs⁸. La CR serait associée, entre autres, à une meilleure couverture de soins préventifs^{15,19,25}, gestion des soins chroniques²⁵, adhérence aux recommandations médicales¹⁹, satisfaction de la clientèle^{13,15,19,20,24,26}, qualité de vie^{13,20,26}, à de meilleures habitudes de vie¹⁵, à un meilleur diagnostic¹⁹, niveau de fonctionnement^{13,26}, contrôle des symptômes^{12,13} et sentiment de sécurité¹⁴, ainsi qu'à une réduction de l'utilisation des services d'urgence, des hospitalisations et des coûts^{12,15,19,25}. Elle serait appréciée des personnes avec des problèmes chroniques ou avec un ou plusieurs problèmes de santé mentale, des femmes et des personnes âgées^{13-16,19,22}. Enfin, l'accumulation de connaissances prendrait plus de cinq ans à acquérir et serait appréciée des médecins surtout pour la clientèle avec des problèmes psychosociaux^{19,27,28}.

Mesure de la CR dans les soins de santé mentale primaires

Une mesure de la CR dans les SSMP devrait être représentative de la réalité de la clientèle si elle se veut sensible aux particularités de ce contexte. Ainsi, en raison de la forte présence d'une relation médecin-patient ou patiente, telle que démontré par des études populationnelles⁹⁻¹¹ et encouragé par le MSSS⁴, les instruments issus des SSP nous paraissent plus près de la réalité et pertinents pour mesurer la CR dans les SSMP. De plus, l'opérationnalisation de la CR par une mesure de l'accumulation des connaissances globales sur le patient par le médecin du point de vue de la clientèle nous paraît la plus appropriée⁸.

Parmi les instruments des SSP qui mesurent, du point de vue de la clientèle, l'accumulation de connaissances par le médecin, la sous-échelle Connaissance contextuelle du *PCAS* (*PCAS-CC*)²⁹ a été choisie pour l'élaboration de l'adaptation⁸. Ses items sont faciles à comprendre – ne nécessitent qu'un niveau de littératie de quatrième année du primaire – et portent sur la connaissance d'aux moins quatre différents aspects importants de la vie des patients. La *PCAS-CC* d'origine²⁹ présente de bonnes propriétés psychométriques avec des corrélations item-échelle variant de 0,63 à 0,85 et une cohérence interne à 0,92. Une version française validée au Canada³⁰ présente une cohérence interne à 0,91, une moyenne de 3,96 sur une échelle de un à six, une médiane à 4,10 et un écart-type de 1,1. Le Tableau 1 présente la version française des cinq items de la *PCAS-CC*. Quatre sont mesurés à l'aide d'une échelle de réponse de type Likert en six points (de *très mauvais à excellent*), alors que le dernier item comporte cinq choix de réponses (de *Pas du tout d'accord à tout à fait d'accord*).

Cependant, afin de mieux rendre compte des connaissances qui s'avèrent importantes en santé mentale, une adaptation de la *PCAS-CC* pourrait s'inspirer du *CONNECT*²⁶, le seul instrument issu des SSM qui mesure l'accumulation de connaissances. Le *CONNECT* porte sur la qualité des interactions interpersonnelles entre les utilisateurs de services de santé mentale et les intervenants dans les activités quotidiennes. Il comprend 13 sous-échelles et chaque item est complété sur une échelle de type Likert en cinq points. Deux sous-échelles portent sur la connaissance du patient par le médecin et le gestionnaire de cas ou thérapeute et leur examen souligne la présence de plusieurs

questions sur la connaissance des relations interpersonnelles et familiales. La qualité des interactions et du soutien social serait d'ailleurs reliée à l'émergence, la présence et le rétablissement de la dépression et de l'anxiété, particulièrement le soutien négatif et la relation de couple^{31,32}. Par conséquent, l'adaptation de la *PCAS-CC* pour mesurer la CR auprès des personnes atteintes de troubles mentaux courants aurait peut-être avantage à intégrer une question sur les relations interpersonnelles du patient ou de la patiente.

Objectifs de l'étude

La présente étude vise d'abord à examiner les propriétés psychométriques des modifications apportées à la *PCAS-CC*²⁹ – surtout l'ajout d'un item, inspiré du *CONNECT*²⁶, mesurant les relations interpersonnelles importantes du patient ou de la patiente – soit la *PCAS-CCadaptée (PCAS-CCa)*. Le second objectif vise à évaluer sa validité de construit et sa validité externe auprès d'une population adulte francophone atteinte de troubles anxieux et dépressifs et ayant consulté un médecin de famille. L'hypothèse générale est qu'une accumulation de connaissances globales sur le patient ou la patiente par le médecin reflète une bonne CR qui devrait en retour influencer favorablement l'hospitalisation, l'adhérence et l'évolution du fonctionnement et de la symptomatologie. Les modifications sont d'abord présentées, puis suivies des résultats de la validation.

Méthode

Adaptation de la *PCAS-CC*

Outre l'ajout d'un item sur la connaissance des relations interpersonnelles importantes du patient ou de la patiente afin de soutenir notre conception plus globale de la CR dans les SSMP, la *PCAS-CCa* comporte quatre autres modifications : le retrait d'un choix de réponse et d'un item et la reformulation de deux items. Celles-ci sont basées sur des conclusions d'études sur la formulation³³ et le comportement³⁴ des items et des choix de réponses. Certains de ces résultats sont issus d'analyses réalisées sur la base de la théorie de réponse à l'item qui permet de vérifier si chaque choix de réponse est utilisé en fonction du poids qu'il lui a été accordé et de vérifier si les items permettent de discriminer de petites différences dans la perception de la connaissance du médecin³⁵.

Le choix de réponse *très mauvais* a été retiré afin d'améliorer la discrimination dans la partie inférieure du continuum de la connaissance. L'item sur le coma a été retiré en raison de sa formulation différente, du contenu qui paraît peu représentatif des discussions entre le médecin et sa clientèle et parce que le poids des choix de réponses n'est pas respecté et ne permet pas de juger du niveau de connaissance.

L'item 1 a été reformulé afin d'améliorer sa traduction française et l'item 4 afin de diminuer la confusion en regard de la compréhension et de l'interprétation de l'expression « vous en tant que personne ». L'expression « vos valeurs et vos croyances » la remplace afin de préserver le sens que l'auteur a voulu donner initialement à cet item.

Ainsi, la *PCAS-CCa* comporte cinq items, tous formulés de la même façon, ainsi que cinq choix de réponses, variant de 1 (*mauvaise*) à 5 (*excellente*) tels que présentés dans le Tableau 1. La moyenne des résultats aux cinq items représente le score global et varie de 1 (*faible connaissance*) à 5 (*forte connaissance*).

Échantillon et recrutement

L'échantillon provient de l'enquête clientèle du Projet *Dialogue : vers une première ligne forte en santé mentale* réalisée par l'Institut national de santé publique du Québec dont le but est d'étudier la trajectoire de soins et l'évolution sur 12 mois d'une cohorte d'adultes souffrant de troubles mentaux courants recrutés dans des cliniques médicales³⁶. La Figure 1 illustre le processus de sélection de l'enquête clientèle. Lors du recrutement (T0), les adultes ayant donné leur consentement ont complété un questionnaire papier-crayon comprenant, entre autres, le *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*³⁷ afin de dépister la présence de symptômes d'anxiété ou de dépression. Ceux qui répondaient à au moins un des quatre critères signalant la probabilité d'un trouble mental courant furent contactés un mois plus tard par téléphone par une firme de sondage (T1) et le personnel a administré le *Composite international diagnostic interview simplified (CIDIS)*³⁸. À partir des résultats obtenus au T1, seules les personnes qui rencontraient les critères diagnostiques d'un trouble mental courant ont été retenues pour participer à deux autres suivis téléphoniques à six mois d'intervalle (T2 et T3).

La Figure 2 présente la suite du processus de sélection pour la validation de la *PCAS-CCa* qui a été administrée au T2 à ceux qui avaient consulté un médecin pour leurs

émotions ou leur santé mentale depuis le T1. L'échantillon final de l'étude ($N = 613$) comprend des adultes qui répondent aux critères d'inclusion et d'exclusion de l'enquête clientèle; qui ont consulté un médecin pour des raisons de santé mentale entre le T1 et le T2; qui sont francophones et qui ont complété toutes les questions de la *PCAS-CCa*.

Instruments pour l'analyse de construit

En appui à la validité de construit, la relation de la *PCAS-CCa* avec trois concepts associés est examinée. Des corrélations significatives et positives sont attendues entre la *PCAS-CCa* et la force d'affiliation et l'alliance thérapeutique. On s'attend aussi à ce que le score à la *PCAS-CCa* soit plus élevé chez ceux qui consultent leur médecin depuis plus de cinq ans. Nous soupçonnons aussi que l'importance de la CR pour les patients ou patientes pourrait influencer la *PCAS-CCa*. Cette relation est examinée à titre exploratoire.

Force d'affiliation. La force d'affiliation au médecin pour des raisons de santé mentale est estimée à partir de questions inspirées de travaux sur la source et la force d'affiliation au médecin dans les SSP³⁹. Deux questions ont été posées : Y a-t-il un professionnel de la santé : 1) qui assume davantage la responsabilité des soins liés à vos émotions ou votre santé mentale? 2) que vous consultez habituellement pour vos émotions ou votre santé mentale? Pour chacune, on demandait de préciser si le professionnel a été consulté entre le T1 et le T2 et de nommer ce professionnel. Le score de la force d'affiliation envers le médecin pour les besoins de santé mentale est établi

selon que le médecin a été nommé 0, 1 ou 2 fois et varie entre 0 (*aucune affiliation*) et 2 (*forte affiliation*).

Alliance thérapeutique. La version française du *Working Alliance Inventory (WAI)*, validée auprès d'une clientèle atteinte d'un trouble mental grave du Québec⁴⁰, a été complétée au T2 par ceux ayant affirmé consulter habituellement leur médecin pour leurs émotions ou leur santé mentale. Elle comprend douze items sur une échelle de type Likert en sept points, dont le score global peut varier de 0 (*faible alliance thérapeutique*) à 84 (*forte alliance thérapeutique*).

Durée de la relation. On a demandé aux patients et patientes depuis combien de temps, en nombre d'années, ils sont suivis par le même médecin.

Importance de la CR pour le patient ou la patiente. La question suivante a été posée : À quel point est-ce important pour vous de consulter toujours le même professionnel au sujet de vos émotions et de votre santé mentale? Les choix de réponses varient de 1 (*pas du tout*) à 5 (*extrêmement*). Deux groupes ont été comparés: ceux qui accordent *beaucoup* ou *extrêmement* d'importance à la CR (groupe Importance élevée) et ceux qui en accordent moins (groupe Importance faible).

Instruments pour l'analyse de validité externe

Des relations significatives entre un score élevé à la *PCAS-CCa* et l'absence d'hospitalisation, l'adhérence à la recommandation médicale et des évolutions favorables de la symptomatologie anxieuse ou dépressive et du niveau de fonctionnement sont

attendues afin d'appuyer la validité externe de la *PCAS-CCa*. La relation entre *PCAS-CCa* et des variables sociodémographiques ont aussi été explorées afin de les contrôler si nécessaire (l'âge, le sexe, le revenu, la scolarité, le fait d'être en couple ou non et la perception de leur état de santé physique et mentale).

Hospitalisation. Le fait d'être hospitalisé ou non a été estimé par la question suivante: Depuis six mois, avez-vous été hospitalisé(e) pour une nuit ou plus pour des problèmes reliés à vos émotions ou votre santé mentale?

Adhérence. On a demandé si la recommandation de leur médecin de consulter un autre professionnel pour leurs besoins de santé mentale a été suivie ou non.

Évolution de la symptomatologie anxiouse et dépressive. Le *HADS*³⁷ permet d'évaluer la sévérité d'une symptomatologie anxiouse ou dépressive et est sensible à l'évolution⁴¹. Il comprend deux sous-échelles (symptomatologie anxiouse et dépressive) de sept items chacune, posés en alternance et mesurés à l'aide d'une échelle de réponse de type Likert en quatre points (de 0 à 3). Le score global varie de 0 à 21 et indique une symptomatologie plus sévère lorsque le score est élevé. Il a été mesuré aux T0, T2 et T3. L'évolution est calculée en soustrayant le score du T0 au score du T3 pour permettre d'estimer la CR sur une période la plus longue possible. Un score négatif indique une évolution favorable, alors qu'un score élevé indique une détérioration. La relation entre la *PCAS-CCa* et une évolution favorable est caractérisée par une corrélation négative.

Évolution du niveau de fonctionnement. Le *World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS-II)*⁴² comporte des questions sur la difficulté d'exécuter des tâches quotidiennes en considérant l'état de santé dans les 30 derniers jours. Les réponses varient de 1 (*Pas du tout*) à 5 (*Énormément/incapable*). La somme des réponses aux 12 items (version courte) est utilisée. Un score faible indique un niveau de fonctionnement optimal. Le même processus pour calculer l'évolution entre le T0 et le T3 a été utilisé. On s'attend donc à une corrélation négative avec la *PCAS-CCa*.

Analyses

Performance psychométrique. Le comportement des items et de l'échelle globale ont été examinés à l'aide de statistiques descriptives, de corrélations inter-items et item-échelle et de la cohérence interne. Une analyse factorielle confirmatoire a été effectuée pour s'assurer que la structure latente unifactorielle était préservée. Six indices ont permis de tester l'adéquation du modèle. Le *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) compare la matrice reproduite à celle observée en tenant compte de la complexité du modèle; une valeur inférieure à 0,05 démontre une bonne adéquation du modèle. Le *Root Mean Residual* (RMR) standardisé correspond à la moyenne des résiduels standardisés; sa valeur devrait aussi être sous 0,05. Le *Normed Fit Index* (NFI) et le *Comparative Fit Index* (CFI) sont deux indices qui évaluent le modèle en prenant en considération la taille de l'échantillon; chacun devrait être supérieur à 0,9. Le *Goodness of Fit* (GFI) indique la proportion de variance/covariance reproduite par le modèle; sa valeur devrait dépasser 0,9. Enfin, le χ^2 est présenté uniquement à des fins de

comparaison puisqu'il est reconnu pour être sensible à un échantillon élevé; son ratio ne devrait pas être significatif. À titre comparatif, ces analyses ont été effectuées sur le score global de la *PCAS-CCa* avec et sans l'item 5.

Validité de construit. Des corrélations de Pearson et des test-*t* ont été effectués pour vérifier la validité de construit entre la *PCAS-CCa* et la force d'affiliation, l'alliance thérapeutique, la durée de la relation et l'importance de la CR pour le patient ou la patiente.

Validité externe. Des chi², test-*t*, analyse de variance et corrélation ont été utilisés pour examiner la relation de la *PCAS-CCa* avec les variables sociodémographiques, ainsi que l'hospitalisation, l'adhérence et l'évolution de la symptomatologie anxieuse ou dépressive et du niveau de fonctionnement. Puis, des régressions logistiques pour l'hospitalisation et l'adhérence et linéaires pour les trois évolutions ont été effectuées pour déterminer la capacité prédictive de la *PCAS-CCa*. Les variables contrôles de chaque modèle ont été déterminées en fonction des associations obtenues entre les variables sociodémographiques, la *PCAS-CCa* et les variables dépendantes.

Résultats

L'échantillon

L'âge moyen est de 44,9 ans (ET = 12,30) et varie entre 18 et 81 ans. Le Tableau 2 présente les autres caractéristiques individuelles recueillies. L'échantillon est

essentiellement composé de femmes, de personnes avec au moins leur secondaire V et (26,6 %) sont en arrêt de travail pour des raisons de santé.

Le Tableau 3 présente les données sur leur état de santé. Avant l'étude, 51,1 % et 65,6 % disent avoir reçu, respectivement, un diagnostic de trouble anxieux ou dépressif. Les résultats au T0 diffèrent cependant : les personnes souffrant d'un trouble anxieux représentent une plus grande proportion que ceux souffrant d'un trouble dépressif et près de la moitié de l'échantillon souffre de comorbidité. De plus, une majorité prend une médication pour l'anxiété ou la nervosité ou encore pour la déprime et peu considèrent leur état de santé physique (31,2 %) ou mentale (22,5 %) comme étant très bon ou excellent.

Par ailleurs, une grande proportion de l'échantillon (64 %) a accès à un régime d'assurance complémentaire pour les besoins de santé mentale. En moyenne ces personnes ont consulté 5,77 fois un médecin à leur clinique habituelle dans la dernière année et vu majoritairement un médecin (79,2 %) pour leur besoin de santé mentale. Elles ont le même médecin depuis 9,7 ans en moyenne et 66,4 % disent consulter toujours ce médecin et 47,5 % ne jamais aller en clinique sans rendez-vous.

Performance psychométrique

Le Tableau 4 présente, pour chaque item et pour la *PCAS-CCa* avec et sans l'item 5, la distribution des réponses, le mode, et les valeurs de tendance centrale. Pour chaque item, toute l'étendue des choix de réponses est utilisée. Le mode des items est élevé et le

score global est de 3,61 sur 5. Les médianes sont supérieures à leurs moyennes indiquant que la distribution des scores tend vers la droite. Les résultats pour l'item 5 s'apparentent de près à ceux de l'item 4 et le retrait de l'item 5 change peu les résultats de l'échelle globale.

Le Tableau 5 présente les corrélations inter-items, item-échelle et la cohérence interne pour la *PCAS-CCa* avec et sans l'item 5. La cohérence interne est très forte (0,92) et chaque item est corrélé fortement à la *PCAS-CCa*, entre 0,82 (item 1) et 0,90 (item 4). Les corrélations sont généralement plus faibles avec l'item 1 et plus fortes avec l'item 5. Le retrait de l'item 5 abaisserait la cohérence interne à 0,90, loin de compromettre la fiabilité.

Le Tableau 6 présente les résultats des analyses factorielles confirmatoires. L'ensemble des indices suggère que l'adéquation du modèle à quatre items est supérieure à celle obtenue pour le modèle avec l'item 5 sur les relations interpersonnelles. Néanmoins, plusieurs indices sont jugés acceptables pour les deux modèles et la structure latente unifactorielle est préservée avec ou sans l'item 5. Ainsi, des améliorations seraient nécessaires surtout avec le modèle à cinq items si on veut mieux rendre compte des données.

Validité de construit

Le Tableau 7 indique que la corrélation entre la force d'affiliation et la *PCAS-CCa* est faible, mais significative et que celle avec l'alliance thérapeutique, une mesure plus

robuste de l'affiliation au médecin, est de force moyenne. La consultation auprès du même médecin depuis plus de cinq ans est fortement associée à un score plus élevé à la *PCAS-CCa*. Le construit de la *PCAS-CCa* s'apparente donc à celui d'autres mesures en lien avec la CR.

Le Tableau 7 indique aussi que la moyenne à la *PCAS-CCa* du groupe Importance élevée est significativement plus élevée ($M = 3,70$) que pour le groupe Importance faible ($M = 3,04$) [$t(605) = 5,76, p < 0,001$]. L'effet de la force d'affiliation, de l'alliance thérapeutique et de la durée de la relation sur la *PCAS-CCa* reste significatif pour le groupe Importance élevée. Par contre, seule la corrélation entre la *PCAS-CCa* et l'alliance thérapeutique reste significative pour le groupe Importance faible. L'effet de la durée de la relation et de la force d'affiliation sur la *PCAS-CCa* ne sont plus significatifs dans ce groupe. Il est possible que l'importance de la CR pour le patient ou la patiente influence la perception de la CR ou encore son établissement. Cependant, cet effet est peut-être attribuable à une faible puissance statistique en raison des petits effectifs du groupe Importance faible et à une variance restreinte pour la force d'affiliation qui varie uniquement de 0 à 2.

Validité externe

Le sexe, le revenu, la scolarité et la perception de l'état de santé mentale et physique ne sont pas significativement associés à la *PCAS-CCa*. Toutefois, plus les personnes sont âgées, plus leurs scores sont élevés à la *PCAS-CCa* [$r(611) = 0,12, p < 0,01$] et les

personnes en couple obtiennent une moyenne plus élevée que les célibataires ou veufs à la *PCAS-CCa* ($M = 3,72$ contre $3,48$) [$t(611) = 2,91, p < 0,01$].

La *PCAS-CCa* n'est pas associée à l'hospitalisation, à l'adhérence ou à l'évolution de la symptomatologie anxieuse ou dépressive et du niveau de fonctionnement. Comparativement à la *PCAS-CCa*, seul l'âge est associé à quatre d'entre elles (voir Tableau 8). Ainsi, les personnes âgées sont plus hospitalisées et ont une évolution moins favorable pour la symptomatologie anxieuse ou dépressive et le niveau de fonctionnement.

Les Tableaux 9 et 10 montrent les résultats de différents modèles de régressions pour chacune des cinq variables dépendantes. Les variables contrôlées sont l'importance de la CR pour le patient ou la patiente et l'âge. Dans l'ensemble, la *PCAS-CCa* n'ajoute aucune explication indépendante à la variance observée des cinq variables, même après le contrôle de l'âge et de l'importance de la CR pour le patient ou la patiente.

Enfin, des analyses pour la validité de construit et externe ont aussi été effectuées avec l'item 5 seul afin d'en estimer le comportement. Les résultats n'ont pas été présentés par soucis d'économie, mais le sens des résultats allait toujours dans le sens de ceux obtenus pour l'échelle globale.

Discussion

Cette étude visait à examiner les propriétés psychométriques des modifications apportées à la *PCAS-CC*²⁹, dont l'ajout d'un item inspiré du *CONNECT*²⁶, et sa validation auprès d'une clientèle atteinte de troubles mentaux courants.

La *PCAS-CCa* présente de bonnes propriétés psychométriques comparables à la version française³⁰ et à celle d'origine²⁹. Sa forte cohérence interne et le maintien de son unidimensionnalité suggèrent qu'aucune détérioration importante ne découle des modifications apportées.

L'ajout de l'item 5 sur les relations interpersonnelles importantes du patient ou de la patiente n'est cependant pas étayé statistiquement. Prendre en considération les relations interpersonnelles est sans contredit indispensable dans les SSMP^{31, 32}, mais les résultats actuels n'appuient pas la présence de l'item 5 tel quel dans la mesure de la CR. Peut-être qu'une formulation plus précise sur la relation de couple ou sur la présence de soutien négatif contribuerait davantage à expliquer une plus grande part de la variance de la connaissance du médecin³¹.

En revanche, la validité de construit de la *PCAS-CCa* est étayée, même si la force de la relation de la *PCAS-CCa* avec la force d'affiliation est faible. Outre les problèmes de puissance et de variance, il est possible que ce résultat soit attribuable au fait que la source d'affiliation pour les deux mesures n'était pas hors de tout doute la même, bien que cette question soit fondamentale^{7,39}. Néanmoins, la corrélation plus forte entre la

PCAS-CCa et l'alliance thérapeutique, un construit plus robuste, appuie davantage la validité de construit. Des recherches antérieures ont d'ailleurs conclu que l'établissement d'une alliance thérapeutique serait nécessaire avant tout gain thérapeutique, qu'elle aiderait à la communication continue et qu'elle serait reconnue pour ses bénéfices pour les personnes avec des troubles d'anxiété et de l'humeur⁴³⁻⁴⁵. Enfin, une durée de la relation avec le même médecin supérieure à cinq ans permettrait effectivement une plus grande accumulation de connaissances²⁷.

Contrairement à l'hypothèse de l'étude, la validité externe de la *PCAS-CCa* n'a pas été confirmée et suggère que l'accumulation de connaissances n'aurait pas d'effet sur l'hospitalisation, l'adhérence et l'évolution de la symptomatologie anxiante ou dépressive et du niveau de fonctionnement. En fait, l'utilisation d'une approche globale de la personne dans les SSMP n'a peut-être pas besoin d'appui en dehors de motifs éthiques⁴⁶. Cependant, cela ne rendrait pas compte des bénéfices rapportées par plusieurs études^{12,13,15,19,25}. D'autres causes sont donc à envisager : 1) la période à l'étude était peut-être trop courte et les épisodes de soins trop aigus pour faire ressortir l'effet de la CR¹⁵; 2) des enjeux financiers et d'accessibilité ont peut-être influencé l'adhérence à la recommandation médicale de consulter un autre professionnel de la santé mentale; 3) l'effet de la psychothérapie et des traitements médicamenteux sur l'évolution des troubles mentaux courants n'ont pas été pris en considération^{47,48}; 4) la satisfaction de la clientèle aurait peut-être été plus appropriée pour valider la *PCAS-CCa*^{13,15,19,20,24,26}; 5) enfin, l'effet de l'accumulation de connaissances passe peut-être par d'autres mesures

intermédiaires, telles la cohérence des soins avec les besoins du patient ou de la patiente, avant de pouvoir conclure à des effets directs sur la santé mentale.

En outre, l'absence de résultat appuyant la validité externe de la *PCAS-CCa* n'assure pas que la CR n'a aucun effet sur l'évolution de la santé des personnes ayant un trouble mental courant. Elle incite cependant à revoir la conceptualisation et l'opérationnalisation de la CR. Ainsi, un nouveau modèle de la CR plus élaboré est possible (voir la Figure 3). Ce modèle a l'avantage de mieux rendre compte des résultats obtenus ici et ailleurs et d'inclure l'influence de facteurs préalables et résultants souvent associés à la CR, telle la confiance^{7,23}.

Néanmoins, les résultats de cette étude sont basés sur un large échantillon représentatif d'adultes souffrant de troubles mentaux courants et sur des conceptualisation et opérationnalisation claires. L'ajout d'un item sur les relations interpersonnelles inspiré du *CONNECT*²⁶ à un instrument validé des SSP a permis de mesurer une connaissance plus globale du patient ou de la patiente tout en considérant la place centrale des médecins dans les SSMP. Cependant, certains aspects de la méthode ont peut-être nuit à la validation de la *PCAS-CCa*. De plus, l'étude s'est limitée à la relation médecin-patient, alors que d'autres professionnels, tels les psychologues, sont aussi consultés dans les SSMP. Il serait donc intéressant d'examiner aussi avec quel(s) autre(s) professionnel(s) peut s'établir la CR dans les SSMP et quel est l'impact d'une telle dispersion sur l'accumulation de connaissances et la qualité des soins?

Conclusion

L'étude de la CR dans les SSMP est nouvelle et vise l'atteinte d'une qualité de soins optimale. Connaître son patient ou sa patiente, incluant ses relations interpersonnelles, est nécessaire au dépistage et au traitement des troubles anxieux et dépressifs dans les SSMP et l'établissement d'une relation thérapeutique continue est sans contredit le support qui permet cette accumulation de connaissances globales et de lutter contre le lourd fardeau associé aux troubles mentaux courants.

Références

1. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001 : la santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève : OMS.
2. Santé Canada. (2002a). *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1998*. Ottawa : Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.
3. Statistique Canada (2003). Canadian community health survey mental health and well-being cycle 1.2. Repéré le 11 novembre 2010 à : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-617-x/index-eng.htm>.
4. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). *Plan d'action en santé mentale : la force des liens*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
5. Santé Canada. (2002b). *Le Fonds sur l'adaptation des services de santé : série de rapports de synthèse : La santé mentale*. Ottawa : Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.
6. Haggerty, J.L., Reid, R.J., Freeman, G.K., Starfield, B.H., Adair, C.E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: A multidisciplinary review. *British Medical journal*, 327(7425), 1219-1221.

7. Reid, R., Haggerty, J., & McKendry, R. (2002). *Dissiper la confusion : concepts et mesure de la continuité des soins*. Canada: Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
8. St-Onge, M. (2012). *Continuité relationnelle et soins de santé mentale primaires: réflexion, conceptualisation et mesure* (Thèse de doctorat inédite). Université du Québec à Trois-Rivières, QC.
9. Houle, J., Beaulieu, M.-D., Lespérance, F., Frasure-Smith, N., & Lambert, J. (2010). Inequities in medical follow-up for depression : A population-based study in Montreal. *Psychiatric Services, 61*(3), 258-263.
10. Tempier, R., Vasiliadis, H.M., Gilbert, F., Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Lépine, J.P. ... Kovess-Masfety, V. (2010). Comparing mental health of francophones in Canada, France, and Belgium : 12-month and lifetimes rates of mental health service use (part 2). *Canadian Journal of Psychiatry, 55*(5), 295-304.
11. Vasiliadis, H.-M., Lesage, A., Adair, C., & Boyer, R. (2005). Service use for mental health reasons: Cross-provincial differences in rates, determinants, and equity of access. *Canadian Journal of Psychiatry, 50*(10), 614-619.
12. Adair, C.E., McDougall, G.M., Beckie, A., Joyce, A., Mitton, C., Wild, C.T. ... Costigan, N. (2003). History and measurement of continuity of care in mental

- health services and evidence of its role in outcomes. *Psychiatric Services*, 54(10), 1351-1356.
13. Adair C.E., McDougall, G.M., Mitton, C.R., Joyce, A.S., Wild, C.T., Costigan, N. ... Beckie, A. (2005). Continuity of care and health outcomes among persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 56(9), 1061-1069.
14. Bültzingslöwen, I. von, Eliasson, G., Sarvimäki, A., Mattsson, B., & Hjortdahl, P. (2006). Patient's views on interpersonal continuity in primary care: a sense of security based on four core foundations. *Journal of Family Practice*, 23(2), 210-219.
15. Cabana, M.D., & Jee, S.H. (2004). Does continuity of care improve patient outcomes? *Journal of Family Practice*, 53(12), 974-980.
16. Crawford, M.J., de Jonge, E., Freeman, G.K., & Weaver, T. (2004). Providing continuity of care for people with severe mental illness: A narrative review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(4), 265-272.
17. Durbin, J., Goering, P., Streiner, D.L., & Pink, G. (2004). Continuity of care: Validation of a new self-report measure for individuals using mental health services. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 31(3), 279-296.

18. Fortney, J., Sullivan, G., Williams, K., Jackson, C., Morton, S.C., & Koegel, P. (2003). Measuring continuity of care for clients of public mental health systems. *Health Services Research, 38*(4), 1157-1175.
19. Gray, D.P., Evans, P., Sweeney, K., Lings, P., Seemark, D., Seemark, C. ... Bradley, N. (2003). Towards a theory of continuity of care. *Journal of the Royal Society of Medicine, 96*(4), 160-166.
20. Green, C.A., Polen, M.R., Janoff, S.L., Castleton, D.K., Wisdom, J.P., Vuckovic, N. ... Oken, S.L. (2008). Understanding how clinician-patient relationships and relational continuity of care affect recovery from serious mental illness: STARS study results. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 32*(1), 9-22.
21. Jee, S.H., & Cabana, M.D. (2006). Indices for continuity of care : A systematic review of the literature. *Medical Care Research and Review, 63*(2), 158-188.
22. Joyce, A.S., Wild, T.C., Adair, C.E., McDougall, G.M., Gordon, A., Costigan, N. ... Barnes, F. (2004). Continuity of care in mental health services : toward clarifying the construct. *Canadian Journal of Psychiatry, 49*(8), 539-550.
23. Saultz, J.W. (2003). Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Annals of Family Medicine, 1* (3), 134-143.
24. Saultz, J.W., & Albedaiwi, W. (2004). Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: A critical review. *Annals of Family Medicine, 2* (5), 445-451.

25. Saultz, J.W., & Lochner, J. (2005). Interpersonal continuity of care and care outcomes: A critical review. *Annals of Family Medicine*, 3 (2), 159-166.
26. Ware, N. C., Dickey, B., Tugenberg, T., & McHorney, C.A. (2003). CONNECT : A measure of continuity of care in mental health services. *Mental Health Services Research*, 5(4), 209-221.
27. Hjortdahl, P. (1992). Continuity of care: General practitioners' knowledge about, and sense of responsibility toward their patients. *Journal of Family Practice*, 9(1), 3-8.
28. Hjortdahl, P., & Borchgrevink, C.Fr. (1991). Continuity of care: Influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations. *British Medical Journal*, 303(6811), 1181-1184.
29. Safran, D.G., Kosinski, M., Tarlov, A.R., Rogers, W.H., Taira, D.A., Lieberman, N. & Ware, J.E. (1998). The primary Care Assessment Survey: Tests of data quality and measurement performance. *Medical Care*, 36(5), 728-739.
30. Haggerty, J., Beaulieu, M.-C., Pineault, R., Burge, F., Lévesque, F., & Beaulieu, C. (2009). *Validation of instruments to evaluate primary health care from the consumer perspective : Overview of the method.* Manuscript soumis pour publication.

31. Bertera, E.M. (2005). Mental health in U.S. adults : The role of positive social support and social negativity in personal relationships. *Journal of Social and personal Relationships*, 22(1), 33-48.
32. Galdstone, G.L., Parker, G.B., Malhi, G.S., & Wilhelm, K.A. (2007). Feeling unsupported? An investigation of depressed patients' perceptions. *Journal of Affective Disorder*, 103(1-3), 147-154.
33. Haggerty, J., Santor, D., Lawson, B., Beaulieu, C., Fournier, M., & Burge, F. (2009). *What patients tell us about primary healthcare evaluation instruments: Response formats, bad questions and missing pieces*. Manuscript soumis pour publication.
34. Burge, F., Haggerty, J., Pineault, R., Beaulieu, M.-D, Lévesque, J.-F., Beaulieu, C., & Santor, D. (2009). *Measuring relational continuity from the consumer perspective: Comparison of primary healthcare evaluation instruments*. Manuscript soumis pour publication.
35. Santor, D. A., & Ramsay, J.O. (1998). Progress in the technology of measurement: Applications of the item response models. *Psychological Assessment*, 10(4), 345-359.
36. Fournier, L., Aubé, D., Poirier, L.-R., Caulet, M., Roberge, P., & Lessard, L. (2006, octobre) «Dialogue» : Vers une plus grande pertinence de la recherche sur

la première ligne en santé mentale. Affiche présentée aux Journées annuelles de santé publique, Montréal, QC.

37. Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(2), 361-370.
38. World Health Organisation (WHO). (1997). *Composite International Diagnostic Interview, version 2.1.* Geneva, WHO.
39. Shi, L., Starfield, B., & Xu, J. (2001). Validating the adult Primary Care Assessment Tool. *Journal of Family Practice*, 50(2), 161-171.
40. Corbière, M., Bisson, J., Lauzon, S., & Ricard, N. (2006). Factorial validation of a french short-form of the Working Alliance Inventory. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 15(1), 36-45.
41. Herrmann, C. (1997). International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale: A review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(1), 17-41.
42. World Health Organization (WHO). (2001). *WHODAS-II: Disability Assessment Schedule: Phase 2 field trials: Self-assessment 12-item.* Geneva, WHO.
43. Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252-260.

44. Pinto, M.B., & Barber, J.C. (1999). Customer satisfaction and consumer responsibility : Toward an alternative model of medical service quality. *Health Marketing Quarterly, 17*(2), 75-86.
45. Martin, D.J., Garske, J.P., & Davis, M.K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Counseling and Clinical Psychology, 68*(3), 438-450.
46. Thornicroft, G., & Tansella, M. (1999). Translating ethical principals into outcome measures for mental health service research. *Psychological Medicine, 29*(4), 761-767.
47. Association des psychiatres du Canada (2001). Lignes directrices cliniques pour le traitement des troubles dépressifs. *La revue canadienne de psychiatrie, 46*(suppl.5), 1S-92S.
48. Association des psychiatres du Canada. (2006). Guide de pratique clinique : traitement des troubles anxieux. *La Revue canadienne de psychiatrie, 51*(suppl. 2), 1S-97S.

Tableau 1

Sous-échelle connaissance contextuelle d'origine et adaptée

Lorsque vous pensez à la **connaissance** que votre médecin a de vous, comment évaluez-vous :

PCAS - CC	PCAS- CCa
1 Sa connaissance de votre entière histoire médicale <i>Choix de réponse : Très mauvaise, Mauvaise, Moyenne, Bonne, Très bonne ou excellente</i>	1 Sa connaissance de tous vos antécédents médicaux <i>Interviewer : Diriez-vous Mauvaise, Moyenne, Bonne, Très bonne ou excellente ?</i>
2 Sa connaissance de vos responsabilités au travail ou à la maison <i>Choix de réponse : Très mauvaise, Mauvaise, Moyenne, Bonne, Très bonne ou excellente</i>	2 Sa connaissance de vos responsabilités au travail ou à la maison <i>Interviewer : Diriez-vous Mauvaise, Moyenne, Bonne, Très bonne ou excellente ?</i>
3 Sa connaissance de ce qui vous inquiète le plus au sujet de votre santé <i>Choix de réponse : Très mauvaise, Mauvaise, Moyenne, Bonne, Très bonne ou excellente</i>	3 Sa connaissance de ce qui vous inquiète le plus au sujet de votre santé <i>Interviewer : Diriez-vous Mauvaise, Moyenne, Bonne, Très bonne ou excellente ?</i>
4 Sa connaissance de vous en tant que personne (vos valeurs et vos croyances) <i>Choix de réponse : Très mauvaise, Mauvaise, Moyenne, Bonne, Très bonne ou excellente</i>	4 Sa connaissance de vos valeurs et vos croyances <i>Interviewer : Diriez-vous Mauvaise, Moyenne, Bonne, Très bonne ou excellente ?</i>
5 Si j'étais inconscient ou dans le coma, mon médecin saurait ce que je voudrais qu'on fasse pour moi. (Item retiré) <i>Choix de réponse : Tout à fait d'accord, D'accord, Pas certain, Pas d'accord, Pas du tout d'accord</i>	5 Sa connaissance des relations interpersonnelles qui sont importantes pour vous <i>Interviewer : Diriez-vous Mauvaise, Moyenne, Bonne, Très bonne ou excellente ?</i>

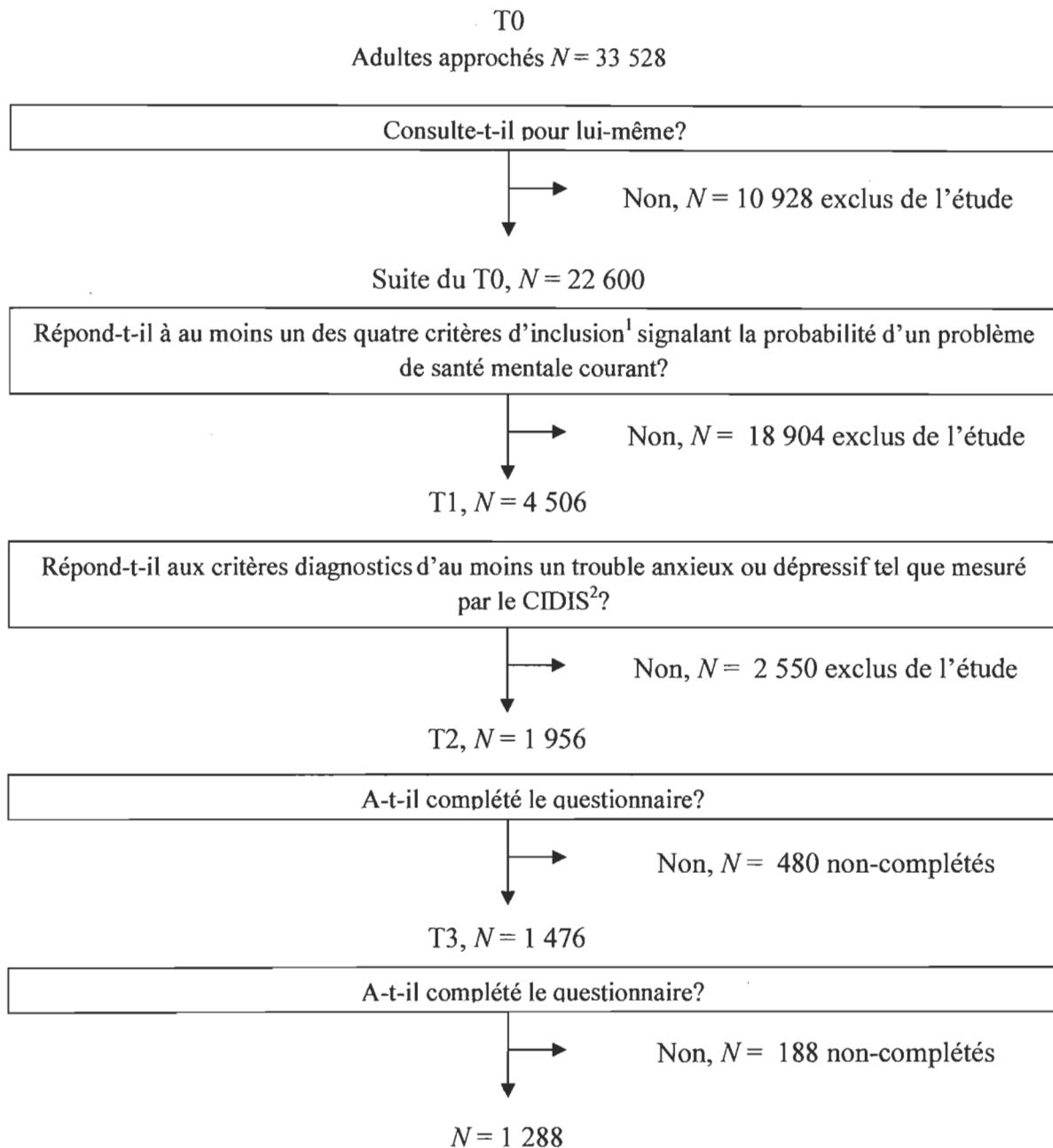


Figure 1. Processus de sélection pour l'enquête clientèle.

1. Critères d'inclusion: (a) présenter une symptomatologie anxieuse ou dépressive selon le HADS; (b) prendre une médication contre l'anxiété ou la dépression; (c) avoir reçu un diagnostic de trouble d'anxiété ou de dépression par un médecin ou (d) consulter pour des raisons de santé mentale auprès d'un médecin, d'un psychiatre ou d'un psychologue.
2. Diagnostics retenus : dépression majeure, trouble panique, agoraphobie, phobie sociale et trouble d'anxiété généralisée.

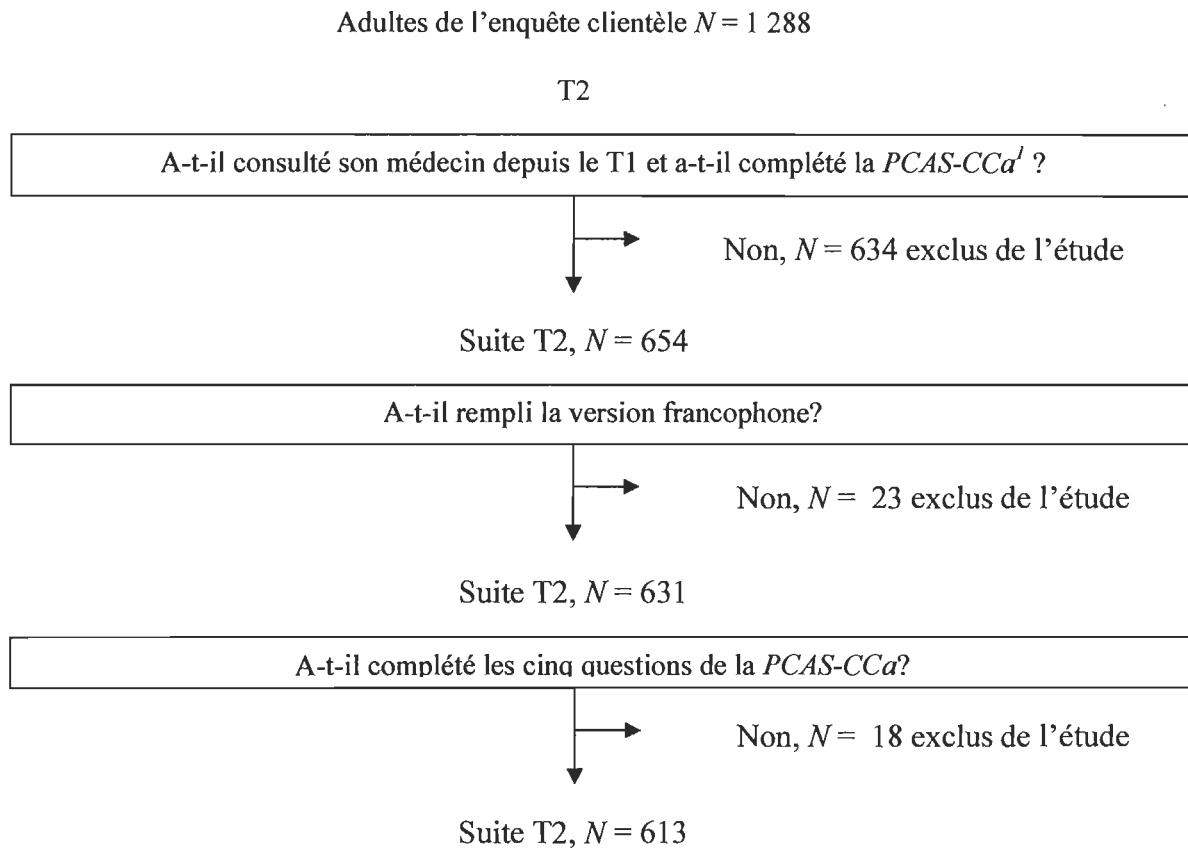


Tableau 2

Caractéristiques individuelles des participants et participantes

Caractéristiques	N	Fréquence (%)
Sexe	613	
Femme		456 (74,4)
Homme		157 (25,6)
État civil	612	
En couple (marié(e) ou conjoint de fait)		331 (54,1)
Séparé(e) ou divorcé(e)		114 (18,6)
Célibataire		145 (23,7)
Veuf(ve)		22(3,6)
Scolarité complétée	613	
Secondaire IV ou moins		91 (14,8)
Secondaire V		186 (30,3)
Niveau collégial		177 (28,9)
Études universitaires		159 (26,0)
Occupation	598	
Au travail ou aux études		355 (59,4)
Ne travaillait pas pour des raisons de santé		159 (26,6)
Était à la retraite		45 (7,5)
Tenait maison		30 (5,0)
Était à la recherche d'un emploi		9 (1,5)
Revenu brut du ménage	598	
Moins de 25 000 \$		156 (26,1)
de 25 000 \$ à moins de 55 000 \$		233 (39,0)
de 55 000 \$ à moins de 100 000 \$		157 (26,2)
100 000 \$ et plus		52 (8,7)

Tableau 3

Caractéristiques de l'état de santé des participants et participantes

Caractéristiques	N	Fréquence (%)
Diagnostic reçu par un professionnel de la santé	613	
Trouble de l'humeur		402 (65,6)
Trouble anxieux		313 (51,1)
Seuil significatif atteint T0		
Symptomatologie anxieuse	610	462 (75,7)
Symptomatologie dépressive	609	304 (49,9)
Comorbidité	609	272 (44,7)
Prend une médication contre l'anxiété ou la nervosité	610	433 (71,0)
Prend une médication contre la déprime	607	414 (68,2)
État de santé physique	609	
Excellent		41 (6,7)
Très bon		149 (24,5)
Bon		218 (35,8)
Moyen		143 (23,5)
Mauvais		58 (9,5)
État de santé mentale	609	
Excellent		39 (6,4)
Très bon		98 (16,1)
Bon		190 (31,2)
Moyen		198 (32,5)
Mauvaise		84 (13,8)

Tableau 4

Choix des réponses, mesure de tendance centrale et de dispersion pour chaque item et pour la PCAS-CCa avec ou sans l'item 5

Item	Choix de réponse Fréquence (%)					Mesure de tendance centrale et de dispersion					
	Mauvaise	Moyenne	Bonne	Très bonne	Excellent	Moyenne	Médiane	Écart-type	Variance	Skewness	Kurtosis
Item 1	15 (2,4)	74 (12,1)	121 (19,7)	182 (29,7)	221 (36,1)	3,85	4,0	1,114	1,124	-0,652	-,0544
Item 2	25 (4,1)	83 (13,5)	132 (21,5)	195 (31,8)	178 (29,0)	3,68	4,0	1,147	1,315	-0,549	-0,606
Item 3	22 (3,6)	72 (11,7)	129 (21,0)	222 (36,2)	168 (27,4)	3,72	4,0	1,096	1,201	-0,625	-0,359
Item 4	58 (9,5)	96 (15,7)	154 (25,1)	168 (27,4)	137 (22,3)	3,38	3,0	1,251	1,565	-0,340	-0,877
Item 5	47 (7,7)	96 (15,7)	158 (25,8)	172 (28,1)	140 (22,8)	3,43	4,0	1,215	1,477	-0,353	-0,814
PCAS-CCa						3,61	3,8	1,019	1,040	-0,446	-0,584
PCAS-CCa sans l'item 5						3,66	3,75	1,013	1,026	-0,472	-0,585

Note: Les nombres en caractères gras correspondent au mode.

Tableau 5

Corrélations inter-items, corrélations item-échelle et cohérence interne de la PCAS-CCa avec et sans l'item 5

	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	PCAS-CCa
Corrélation inter-item						
Item 2		0,69				
Item 3	0,67		0,74			
Item 4	0,65	0,70		0,74		
Item 5	0,62	0,71	0,72		0,83	
Corrélation item-échelle						
PCAS-CCa	0,82	0,87	0,88	0,90	0,89	
PCAS-CCa sans item 5	0,85	0,89	0,89	0,88	—	
Cohérence interne						
PCAS-CCa						0,92
PCAS-CCa sans item 5						0,90

Tableau 6

Comparaison des analyses factorielles confirmatoires avec et sans l'item 5

Modèle	RMSEA	RMR	NFI	CFI	GFI	χ^2	dl
Unifactoriel							
à 5 items	0,188	0,032	0,967	0,969	0,931	100,046	5
Unifactoriel							
à 4 items	0,071	0,011	0,996	0,997	0,993	7,985	2

Tableau 7

Relations entre la PCAS-CCa et la force d'affiliation, l'alliance thérapeutique et la durée de la relation avec et sans l'influence de l'importance accordée à la CR pour le patient ou la patiente

Variables	PCAS-CCa		
		Importance élevée	Importance faible
Force d'affiliation	$r(546) = 0,18^{***}$	$r(473) = 0,18^{***}$	$r(73) = 0,10$ n.s.
Alliance thérapeutique	$r(257) = 0,54^{***}$	$r(227) = 0,49^{***}$	$r(31) = 0,65^{***}$
Durée de la relation			
Cinq ans et moins	$M = 3,29$	$M = 4,02$	$M = 3,28$
Plus de cinq ans	$M = 3,94$	$M = 3,37$	$M = 2,92$
	$t(483) = 7,60^{***}$	$t(413) = 7,15^{***}$	$t(64) = 1,54$, n.s.

Note : r = coefficient de corrélation de Pearson, t = test-t et M = Moyenne.

*** $p < 0,001$, n.s. = non significative.

Tableau 8

Relations entre l'âge^a et l'hospitalisation, l'adhérence, l'évolution de la symptomatologie anxieuse ou dépressive et le niveau de fonctionnement

		Âge
Hospitalisation		$t(528) = 3,50^{***}$
Oui		$M = 55,75$
Non		$M = 45,09$
Adhérence		n.s.
Oui		$M = 47,92$
Non		$M = 44,35$
Évolution		
Anxieuse		$r(527) = 0,10^*$
Dépressive		$r(526) = 0,13^{**}$
Fonctionnement		$r(526) = 0,14^{***}$

^a Sur les sept variables contrôles, seule la relation à l'âge est significative avec quatre mesures de la validité externe.

Note : t = test-t et M = Moyenne.

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$, n.s. = non significative.

Tableau 9

Analyses de régression logistique prédisant l'adhérence et l'hospitalisation selon différents modèles

	B	E.T.	Wald	Rapport de cotes (Intervalle de confiance à 95%)
Adhérence^a				
Modèle 1				
PCAS-CCa	0,20	0,23	0,78	1,22 (0,78; 1,92)
Modèle 2				
Importance	0,18	0,25	0,50	1,20 (0,73; 1,95)
PCAS-CCa	0,16	0,24	0,02	1,17 (0,73; 1,88)
Hospitalisation^b				
Modèle 1				
PCAS-CCa	0,13	0,26	0,27	1,14 (0,68; 1,90)
Modèle 2				
Importance	0,05	0,32	0,02	1,05 (0,56; 1,97)
PCAS-CCa	- 0,08	0,27	0,08	0,92 (0,53; 1,57)
Modèle 3				
Âge	0,07	0,02	11,18***	1,07 (1,03; 1,12)
PCAS-CCa	0,13	0,27	0,23	1,14 (0,67; 1,93)
Modèle 4				
En bloc :				
Âge	0,07	0,02	11,39***	1,07 (1,03; 1,12)
Importance	0,15	0,32	0,20	1,16 (0,62; 2,18)
PCAS-CCa	0,05	0,28	0,03	1,05 (0,61; 1,82)

^a Le nombre de personnes qui ont reçu une recommandation de consulter un autre professionnel pour leurs besoins de santé mentale = 104 et qui ont adhéré à cette recommandation = 80.

^b Le nombre de personnes hospitalisées pour des raisons de santé mentale = 16.

Note : B = coefficient de régression pour la variable ajoutée ; Wald = $(B/\text{E.T.})^2$, la valeur obtenue s'interprète comme le χ^2 , une valeur \geq à 3,84 est significative ; Rapport de cotes : RC > 1 indique que la probabilité de la VD augmente à chaque augmentation de la VI, RC < 1 indique que la probabilité de la VD diminue avec l'augmentation de la VI.

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$, n.s. = non significative.

Tableau 10

Analyses de régression linéaire multiple hiérarchique prédisant l'évolution entre le T0 et le T3 de la symptomatologie anxieuse ou dépressive et du fonctionnement selon différents modèles

	Anxiété		Dépression		Fonctionnement	
	ΔR^2	β	ΔR^2	β	ΔR^2	β
Modèle 1						
Niveau initial ^a	0,29***	- 0,54***	0,30***	- 0,55***	0,26***	- 0,51
PCAS-CCa	0,00	0,02	0,00	0,02	0,00	0,04
<i>R</i> ² Total	0,29***		0,30***		0,26***	
Modèle 2						
Niveau initial	0,29***	- 0,53***	0,30***	- 0,55***	0,26***	- 0,52***
Âge	0,01	0,07	0,02***	0,14***	0,03***	0,17***
PCAS-CCa	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01
<i>R</i> ² Total	0,29***		0,32***		0,29***	
Modèle 3						
Niveau initial	0,28***	- 0,53***	0,30***	- 0,54***	0,25***	- 0,50***
Importance	0,00	- 0,01	0,00	- 0,05	0,00	- 0,06
PCAS-CCa	0,00	0,02	0,00	0,03	0,00	0,05
<i>R</i> ² Total	0,28***		0,30***		0,26***	
Modèle 4						
Niveau initial	0,28***	- 0,53***	0,30***	- 0,54***	0,25***	- 0,51***
En bloc :	0,01		0,02***		0,03***	
Âge		0,07		0,13***		0,17***
Importance		0,00		- 0,04		- 0,05
PCAS-CCa	0,00	0,01	0,00	0,01	0,00	0,03
<i>R</i> ² Total	0,29***		0,32***		0,28***	

^a Comme l'évolution de la symptomatologie et du niveau de fonctionnement sont susceptibles d'être influencées par leur score au T0, celui-ci a été contrôlé.

Note : ΔR^2 = augmentation de la variance expliquée; β = coefficients de régression standardisés qui représente le changement dans la VD avec chaque augmentation de la VI.

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$, n.s. = non significative.

Chapitre III
Discussion générale

Cette thèse en psychologie intitulée *Continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires : réflexion, conceptualisation et mesure* avait pour but, d'une part, de susciter une réflexion sur la continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires et, d'autre part, d'estimer l'importance relative de la continuité relationnelle auprès d'une clientèle des soins de santé mentale primaires. La présente discussion commence par résumer les conclusions tirées de l'examen de la continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires et du contexte d'intégration des soins de santé mentale aux soins de santé primaires. Elle se poursuit avec un retour sur les questions à l'origine de cette thèse et avec de nouvelles interrogations. Enfin, elle se termine avec trois suggestions inter-reliées pour améliorer les soins de santé mentale primaires qui découlent des réflexions précédentes. Ces suggestions portent sur l'objectif de la continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires, la contribution des psychologues à celle-ci et le partage des soins continus dans les soins de santé mentale primaires.

Conclusions tirées de l'examen de la continuité relationnelle

dans les soins de santé mentale primaires

Malgré une confusion persistante sur le plan de la conceptualisation de la continuité des soins et de la continuité relationnelle, cette thèse présente une tentative de conceptualisation précise pour les soins de santé mentale primaires et appuyée sur des

choix réfléchis et logiques : la continuité relationnelle renvoie à l'expérience d'une relation thérapeutique entre un patient et un ou des intervenants qui relie les épisodes de soins passés, présents et futurs et qui permettrait d'accumuler des connaissances globales sur le patient afin de lui offrir des soins cohérents avec ses besoins évolutifs. Évidemment, une confusion existe aussi sur le plan de l'opérationnalisation de la mesure de la continuité relationnelle, alors que plusieurs façons différentes sont utilisées. Après l'examen de celles-ci, la mesure de l'accumulation de connaissances globales du patient par le médecin du point de vue de la clientèle a été retenue comme la meilleure façon d'opérationnaliser la continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires. L'hypothèse veut que le fait de voir le même médecin à plusieurs reprises permette l'accumulation de connaissances globales sur le patient ce qui favoriserait en retour des soins cohérents avec les besoins évolutifs du patient.

C'est donc sur cette base que le chapitre précédent présentait l'étude, sous forme d'article, intitulée *Continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires : adaptation et validation d'une sous-échelle de connaissance accumulée* qui sera soumis à un périodique interdisciplinaire, la *Revue canadienne de santé mentale communautaire* (St-Onge, Haggerty, Roberge, Duhoux & Fournier, 2012). En résumé, l'adaptation a consisté en la modification de la formulation de certains items, le retrait d'un item et d'un choix de réponses et, tout particulièrement, en l'ajout d'un item afin de couvrir une connaissance plus large qui pourrait s'avérer pertinente pour le dépistage et le traitement des problèmes de santé mentale courants. L'item en question a été inspiré d'un item de la

sous-échelle Connaissance du psychiatre du *CONNECT* de Ware et al. (2003) : *How much does [name of psychiatrist] know about relationships that are important to you?* La validation de la *PCAS-CCa*, soit la version finale de notre instrument, a été réalisée auprès de personnes souffrant de troubles mentaux courants dans le cadre de l'enquête clientèle du Projet *Dialogue : vers une première ligne forte en santé mentale* réalisée par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). L'enquête clientèle avait pour but de suivre l'évolution d'une cohorte d'adultes sur 12 mois (Fournier, Aubé, Poirier, Caulet, Roberge, & Lessard, 2006). Dans l'ensemble, l'étude a démontré que la *PCAS-CCa* présente de bonnes propriétés psychométriques comparables à celle d'origine (Safran et al., 1998) et à la version française (Haggerty et al., 2009a). L'item ajouté sur les relations interpersonnelles importantes pour le patient n'a cependant pas été étayé statistiquement. Afin d'aider le modèle factoriel de la connaissance contextuelle, mesurée par la *PCAS-CCa*, à mieux reproduire les résultats obtenus, des précisions sur le type de relations (ou l'apport négatif ou positif de celles-ci) qu'il questionne sont à peut-être à envisager. Néanmoins, sur le plan clinique, sa valeur réside, entre autres, dans sa capacité à élargir le champ de connaissances du médecin sur un aspect important de la vie du patient qui est associé à la dépression et aux troubles anxieux (Barrett et Barber, 2007; Bertera, 2005; Gladstone et al., 2007; Zlotnick et al., 2000). Les résultats ont aussi démontré que la *PCAS-CCa*, présumée être une mesure de la continuité relationnelle, est corrélée telle qu'attendue à la durée de la relation médecin-patient, à la force d'affiliation et à l'alliance thérapeutique. En effet, les patients, qui sont en relation avec leur médecin depuis plus de cinq ans et qui perçoivent la force d'affiliation et l'alliance thérapeutique

avec ce médecin comme élevée, perçoivent l'accumulation de connaissances de leur médecin à leur égard plus élevée. La continuité relationnelle est aussi en relation avec l'importance de la continuité relationnelle pour les patients : ceux qui y accordent *beaucoup* ou *extrêmement* d'importance perçoivent la continuité relationnelle plus élevée comparativement à ceux qui y accordent *pas du tout, peu ou assez* d'importance. La continuité relationnelle est aussi plus élevée chez les personnes plus âgées et les personnes en couple. Par contre, contrairement aux attentes initiales et à d'autres études (Adair et al., 2003; Adair et al., 2005; Cabana & Jee, 2004; Gray et al., 2003; Saultz & Lochner, 2005), la continuité relationnelle, telle que mesurée par la *PCAS-CCa*, n'est pas associée à l'utilisation des services hospitaliers, à l'adhérence à la recommandation médicale de consulter un autre professionnel de la santé mentale et à l'évolution de la symptomatologie anxieuse ou dépressive et du niveau de fonctionnement. Plusieurs explications ont été envisagées pour donner sens à ces résultats, telles que le choix des variables associées, la considération de l'influence de la psychothérapie et des traitements médicamenteux sur la symptomatologie, l'accessibilité aux professionnels en santé mentale, la courte période à l'étude, le caractère aigu ou chronique des troubles mentaux courants et l'effet intermédiaire de la cohérence des soins avec les besoins évolutifs du patient sur les variables étudiées. Enfin, des améliorations tant sur le plan de la méthode que de la conceptualisation et de l'opérationnalisation ont été discutées, par exemple l'amélioration de l'item sur les relations interpersonnelles et la considération de facteurs préalables à la continuité relationnelle.

Cette expérimentation se basait sur le choix de la sous-échelle Connaissance contextuelle du *PCAS* de Safran et al. (1998) pour l'élaboration d'une mesure de la continuité relationnelle adaptée pour les soins de santé mentale primaires. Cette sous-échelle a été sélectionnée parmi d'autres parce qu'elle est appréciée des participants, qu'elle présente une sous-échelle de la connaissance complète avec de bonnes propriétés psychométriques, qu'elle a été validée dans le contexte canadien, qu'elle possède une version française et enfin, parce qu'elle permet de bien discriminer les patients qui perçoivent la connaissance du médecin comme faible par rapport à ceux qui la perçoivent plutôt forte (Burge et al., 2009; Haggerty et al., 2009a; Haggerty et al., 2009b; Safran et al., 1998). Toutefois, sur la base de critères distincts, un instrument différent issu des soins de santé primaires aurait pu être choisi tout en conservant l'opérationnalisation de la continuité relationnelle par l'évaluation de l'accumulation de connaissances globales sur le patient par le médecin. Par exemple, la sous-échelle Connaissance accumulée du *CPCI* de Flocke (1997) aurait pu être sélectionnée pour ses questions sur la connaissance de plusieurs aspects de la vie du patient, dont ses habitudes de vie (exercice, style d'alimentation, consommation de cigarette et d'alcool) qui sont également associés aux problèmes de santé mentale courants (Gratzer, Levitan, Sheldon, Toneatto, Rector & Goering, 2004; Trosclair & Dube, 2010; Wit, Fokkema, Straten, Lamers, Cuijpers & Penninx, 2010). Aussi, bien qu'il n'ait pas de sous-échelle de la connaissance complète, le *PCAT* de Shi et al. (2001) aurait pu être utilisé comme point de départ en raison du fait que les participants apprécient ses questions plus concrètes et plus en profondeur (Haggerty et al., 2009b).

Cette étude ce basait également sur l'impression que les instruments issus des soins de santé primaires étaient plus représentatifs de la réalité des soins offerts aux personnes souffrant de troubles mentaux courants que ceux issus des soins de santé mentale. L'argument principal était que les instruments issus des soins de santé primaires s'intéressent à la relation avec le médecin qui est le professionnel le plus consulté par les personnes utilisatrices des soins de santé mentale primaires (Benigeri, 2007; Direction de la santé publique, 2002; Houle et al., 2010; Lefebvre et al., 1998; McCusker et al., 1997; Tempier et al., 2010; Vasiliadis et al., 2005), ainsi que le professionnel recommandé par le MSSS (2005) pour établir une relation continue dans les soins de santé mentale primaires. Cependant, la présence de plusieurs professionnels de la santé mentale dans les soins de santé mentale primaires comme dans les soins de santé mentale (Direction de la santé publique, 2002; Houle et al., 2010; Lefebvre et al., 1998; McCusker et al., 1997; Tempier et al., 2010; Vasiliadis et al., 2005) aurait pu être une raison valable pour vouloir utiliser un instrument provenant des soins de santé mentale. À cet égard, le *CONNECT* de Ware et al. (2003), qui présente des sous-échelles sur la connaissance avec le psychiatre et le gestionnaire de cas/ou le thérapeute, aurait pu être envisagé.

Par ailleurs, comme il est souligné dans la discussion de l'article sur la validation de la *PCAS-CCa*, la présente étude aurait pu prendre aussi en considération la dispersion des soins de santé mentale primaires dans plusieurs relations thérapeutiques ou du moins examiner la mesure de la continuité relationnelle avec d'autres professionnels de la santé que le médecin pour bien rendre compte de la réalité des soins de santé mentale

primaires. Cela aurait d'ailleurs permis de comparer la continuité relationnelle des soins selon différents professionnels de la santé ou de mesurer l'impact de la dispersion sur la continuité relationnelle et sur l'accumulation de connaissances globales sur le patient.

De plus, la continuité relationnelle dans le cadre d'une relation thérapeutique qui s'établit avec une équipe de soins, même si cette pratique est encore peu fréquente, pourrait s'avérer intéressante à étudier (Burge et al., 2009). D'ailleurs, Safran et al. (2006) ont développé le *Ambulatory Care Experiences Survey (ACES)*, à partir entre autres du *PCAS* de Safran et al. (1998), afin d'examiner cette nouvelle réalité dans les soins de santé primaires. Par contre, l'élaboration d'une mesure du point de vue de la clientèle qui tiendrait compte de la présence de plusieurs relations thérapeutiques et qui prendrait en considération différents types et niveaux de collaboration entre les professionnels pourrait s'avérer complexe en raison de la présence de plusieurs modèles de collaboration (Fleury, 2009) et du fait que ces équipes sont parfois visibles et parfois invisibles pour le patient (Safran, 2003).

Enfin, l'opérationnalisation de la continuité relationnelle a été limitée à la conceptualisation qui a initialement été retenue pour la définir. Ainsi, dans cette étude, les aspects relationnels entre le patient et le médecin, telle la confiance et la communication, ont été retirés de la définition. La principale raison était qu'il est ardu d'attribuer ces aspects relationnels à la continuité relationnelle, alors qu'ils peuvent très bien être présents dans des soins ponctuels et discontinus. Pourtant, ils sont souvent retenus dans la conceptualisation de la continuité relationnelle (Reid et al., 2002; Saultz, 2003). La

relation significative entre la continuité relationnelle et l'alliance thérapeutique, bien qu'elle ne précise pas le sens de la relation, pourrait aider à mieux comprendre l'ensemble du processus de la continuité relationnelle. Si on fait l'hypothèse qu'une alliance thérapeutique est nécessaire à la continuité relationnelle, qui inclut un lien de confiance et l'établissement d'objectifs communs entre le thérapeute et le patient, on pourrait à la fois expliquer la relation significative entre les deux concepts, relier les aspects relationnels à la continuité relationnelle et, mieux expliquer pourquoi on associe souvent la confiance et une bonne communication à la continuité relationnelle. Par ailleurs, d'autres éléments conceptuels, comme le sentiment de sécurité issue des soins continus et la cohérence des soins avec les besoins évolutifs du patient, auraient pu être mieux intégrés à la conceptualisation et l'opérationnalisation de la continuité relationnelle (Bültzingslöwen et al., 2006; Burge et al., 2009). Ainsi, un modèle plus complet de la continuité relationnelle, tel qu'illustré par la Figure 1, pourrait inclure, d'une part, les facteurs préalables à la continuité relationnelle, telle la présence d'une relation thérapeutique continue et l'alliance thérapeutique et, d'autre part, inclure des facteurs qui évoluent avec ou à partir de la continuité relationnelle, tels que l'amélioration ou le maintien de l'alliance thérapeutique, l'augmentation du sentiment de sécurité, l'accumulation de connaissances globales sur le patient et possiblement une meilleure cohérence des soins avec les besoins évolutifs du patient. Ainsi, ce modèle serait peut-être plus approprié pour tenter d'expliquer des variables comme l'utilisation des services de santé ou l'évolution de la santé mentale de la clientèle à l'étude et, par conséquent, pour conclure à son efficacité pour améliorer les soins de santé mentale primaires.

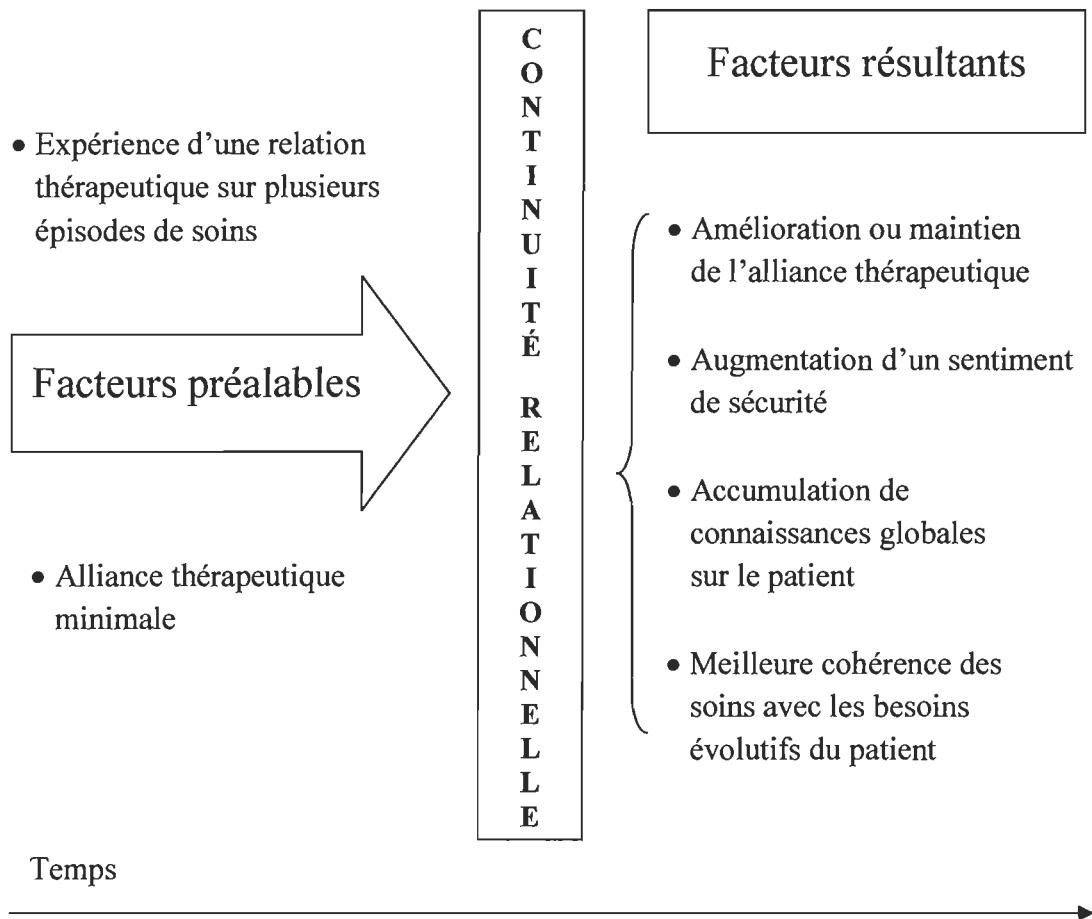


Figure 1 Modèle de la continuité relationnelle

Conclusions tirées du contexte d'intégration des soins de santé mentale

aux soins de santé primaires

L'étude de la continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires ne découle pas seulement de la conceptualisation et de l'opérationnalisation qu'on en a. En fait, elle dépend aussi de la façon dont les soins de santé mentale primaires sont conçus et de la présence de professionnels avec lesquels le patient peut établir cette continuité

relationnelle. C'est pourquoi cette thèse en psychologie a pris en considération la définition des soins de santé mentale primaires, l'historique derrière l'intégration des soins de santé mentale aux soins de santé primaires au Canada et au Québec, le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* (MSSS, 2005), l'utilisation des soins de santé mentale primaires et la contribution du psychologue dans les soins de santé mentale primaires.

Un premier constat a été de découvrir l'absence de définition des soins de santé mentale primaires (Fleury, 2009). Sur la base de ce que sont la santé mentale et les soins de santé primaires, une définition a été proposée. D'abord, rappelons que la santé mentale regroupe autant le développement d'une santé mentale saine que les problèmes de santé mentale (OMS, 2004). Quant aux soins de santé primaires, ils font référence à des services pour la population générale qui couvrent de la promotion de la santé jusqu'au traitement des troubles de santé courants (Santé Canada, 2006). Par conséquent, les soins de santé mentale primaires offerts à l'ensemble de la population visent la promotion de la santé mentale, la prévention, la détection, le diagnostic et la résolution des problèmes de santé mentale les plus courants.

L'examen de l'historique des soins de santé mentale au Canada et au Québec et des deux premières politiques québécoises en santé mentale indiquent la présence d'une disparité dans les services défrayés par l'état : les soins de santé mentale primaires étant les moins couverts. On souligne aussi la distinction à considérer entre, d'une part, la santé mentale et les problèmes de santé mentale et, d'autre part, entre la santé mentale et ses

problématiques et la santé physique et ses problématiques. On note aussi que l'évolution des soins de santé mentale tend de plus en plus vers des soins à visée préventive, mais que les soins de santé mentale sont en retard par rapport aux soins de santé physique et que la promotion de la santé mentale est encore peu développée. La compréhension des problèmes de santé mentale est passée par plusieurs courants, mais semblent intégrer aujourd'hui l'ensemble des facteurs biopsychosociaux de l'être humain. Enfin, les soins sont dispensés par un nombre croissant d'intervenants en santé mentale et le rôle central est accordé au médecin de famille.

La plus récente politique en santé mentale, le PASM (MSSS, 2005), continue dans la lignée historique précédente en tentant de réduire la disparité entre les soins de santé physique et mentale et entre les soins de santé spécialisés et les soins de santé de première ligne, en proposant d'intervenir de plus en plus précocement avec des soins axés sur les personnes souffrant de troubles mentaux courants, en appuyant le rôle central du médecin de famille et en ajoutant une équipe de santé mentale pour soutenir celui-ci et répondre aux besoins de la clientèle. L'examen des recommandations du PASM indique que peu d'entre elles portent sur la population générale, sur l'intervention avant que les problèmes de santé mentale ne répondent clairement à un diagnostic, sur la promotion du développement d'une bonne santé mentale sur une base individuelle et sur la clarification du rôle de chaque professionnel en santé mentale en dehors de leur soutien au médecin.

Quant aux études populationnelles, on remarque que les résultats sont plutôt similaires d'une étude à l'autre (Benigeri, 2007; Direction de la santé publique, 2002;

Houle et al., 2010; Lefebvre et al., 1998; McCusker et al., 1997; Tempier et al., 2010; Vasiliadis et al., 2005). Ainsi, ces études suggèrent que les personnes ayant des besoins de santé mentale consultent très peu; que lorsqu'elles le font, c'est souvent dans les services médicaux auprès d'un médecin qui est souvent le seul professionnel de la santé consulté; que les psychologues et les psychiatres sont les professionnels les plus souvent consultés après le médecin; qu'il existe encore peu de collaboration entre le médecin et les autres professionnels de la santé mentale; que l'implication de professionnels de la santé mentale serait plus fréquente pour les problèmes chroniques et favoriserait probablement davantage de prévention et de continuité et, enfin, qu'un profil chronologique suggère que les personnes consultent d'abord un médecin dans les services médicaux pour ensuite se tourner vers les services spécialisés en santé mentale. Cette dernière façon d'utiliser les services aurait pour conséquence un processus de référence long et serait peut-être dû à un problème d'accès aux services spécialisés en santé mentale, à la stigmatisation, à une mauvaise connaissance par la population des traitements spécialisés ou à une prise de conscience longue des enjeux psychologiques sous-jacents aux symptômes. En raison de ces constats, des questions sont soulevés : pourquoi les services médicaux sont-ils utilisés pour les besoins de santé mentale (McCusker et al., 1997)? Comment peut-on favoriser une meilleure promotion de la santé mentale (Direction de la santé publique, 2002)? Et quel est l'impact du double mandat du médecin qui doit s'occuper à la fois des soins continus pour les besoins de santé physique et mentale?

Quant à la contribution du psychologue aux soins de santé mentale primaires, on remarque qu'en raison de sa formation unique en santé mentale – qui inclut la connaissance du développement psychologique sain et pathologique, la capacité d'évaluer le fonctionnement global (biologique, cognitif, affectif, social, individuel et comportemental) de l'être humain, de dépister, de diagnostiquer et de traiter les problèmes de santé mentale – lui offre une expertise qui pourrait le placer au cœur des soins de santé mentale primaires (OPQ, 2005). Pourtant, l'accessibilité aux psychologues dépend de leur présence dans le réseau public qui est peu manifeste et de la capacité de la population à défrayer les coûts au privé (Association québécoise des psychologues en CLSC & OPQ, 2004; OPQ, 2005). Aussi, malgré sa formation, son rôle dans les soins de santé mentale primaires, tel que présenté par le PASM, est flou en dehors de la nécessité que les psychologues soutiennent le rôle du médecin (OPQ, 2005). Par conséquent, l'OPQ propose une participation plus active des psychologues aux soins de santé mentale primaires afin, entre autres, de réduire l'utilisation de soins médicaux pour des besoins de santé mentale. Par contre, le rôle du psychologue semble toujours perçu comme curatif, alors que sa formation lui permettrait aussi de jouer un rôle pour le développement d'une santé mentale saine.

Retour sur les questions à l'origine de la thèse et nouvelles interrogations

Au départ, trois questions étaient posées : 1) en quoi les connaissances sur la continuité relationnelle dans les soins de santé primaires et dans les soins de santé mentale peuvent-elles nous éclairer pour mieux définir et étudier la continuité

relationnelle dans les soins de santé mentale primaires? 2) Avec quel(s) intervenant(s) s'établit la continuité relationnelle pour les besoins de santé mentale? 3) Quelle contribution les psychologues pourraient-ils offrir pour la continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires compte tenu de leur expertise en santé mentale? Le premier et le second chapitre de cette thèse ont permis de recueillir quelques réponses à ces questions. Évidemment, cette réflexion en a aussi soulevé d'autres : 1) Est-ce que les soins de santé mentale primaires sont entièrement couverts par la continuité relationnelle telle qu'elle est conceptualisée présentement? 2) Est-ce que le psychologue peut contribuer à l'amélioration de la qualité des services en offrant des soins de santé mentale primaires continus? 3) Si oui, comment sa contribution pourrait être intégrée aux soins de santé mentale actuels?

Objectifs de la continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires

À partir des conclusions tirées sur la conceptualisation et l'opérationnalisation de la continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires et du contexte derrière l'intégration des soins de santé mentale aux soins de santé primaires, on peut s'interroger sur l'objectif que peut avoir la continuité relationnelle pour les soins de santé mentale primaires. D'une part, la continuité relationnelle représente l'établissement d'une relation thérapeutique continue qui permettrait de relier les épisodes de soins passés, présents et futurs dans le but de fournir des soins cohérents avec les besoins évolutifs du patient. D'autre part, les soins de santé mentale primaires offrent des services pour toute la population et couvrent de la promotion de la santé mentale aux traitements de ses troubles

les plus courants, telle l'anxiété et la dépression. Ainsi, la continuité relationnelle dans les soins de santé mentale devrait permettre de fournir des soins cohérents avec les besoins de santé mentale et, donc, inclure le développement d'une santé mentale saine et le traitement de ses problématiques. Toutefois, à notre connaissance, on ne retrouve aucune information dans la littérature sur le moment où commence la continuité relationnelle, ni sur la présence d'une continuité relationnelle antérieure à une problématique, ni d'ailleurs sur l'impact de la continuité relationnelle sur le développement d'une santé mentale saine. Cela laisse sous-entendre que la continuité relationnelle s'établit probablement après l'émergence d'une problématique. Pourtant, selon le moment de l'établissement de la relation thérapeutique continue et la visée de la continuité relationnelle, deux types distincts de continuité relationnelle sont possibles : la continuité relationnelle à visée curative et la continuité relationnelle à visée promotionnelle.

La première renvoie à l'établissement d'une relation thérapeutique continue à partir du moment où un problème de santé mentale est présent et amène le patient à consulter. Bien que cela ne soit pas clairement explicite dans la littérature, il semble que la continuité relationnelle à visée curative soit en fait la norme actuellement. Ce type de continuité relationnelle permet de relier les épisodes de soins à partir de la survenue d'une problématique, incluant la période de traitement, le rétablissement s'il y a lieu, le maintien de celui-ci, la prévention d'un autre épisode et de séquelles plus importantes (prévention secondaire et tertiaire) (OMS, 2001). On note que ce type de continuité relationnelle à visée curative a, comme sa dénomination l'indique, pour point de départ

un problème de santé à traiter. Toutefois, les soins de santé mentale primaires n'incluent pas seulement le traitement des problèmes de santé mentale, mais aussi la promotion d'une bonne santé mentale.

Ainsi, il pourrait aussi exister une continuité relationnelle, cette fois, à visée promotionnelle. Bien qu'on ne puisse en être sûr à partir des informations recueillies dans cette thèse, la continuité relationnelle à visée promotionnelle ne semble pas présente dans les soins continus actuels. Celle-ci aurait pour objectif d'établir une relation thérapeutique continue avant l'arrivée de problèmes de santé mentale afin d'assurer, d'une part, un meilleur développement psychologique et, d'autre part, de relier celui-ci aux perturbations de santé mentale futures.

Enfin, alors que le premier type de continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires à visée curative nécessite la capacité d'établir une relation thérapeutique continue et d'avoir des compétences pour la reconnaissances des signes et symptômes des différents troubles de santé mentale et de pouvoir les traiter, le second type à visée promotionnelle exige une compétence en matière de développement psychologique normal et de détection des perturbations qui sont en deçà des critères diagnostiques. Bien que nous ne puissions statuer sur la compétence des médecins, certaines études suggèrent tout de même qu'ils se sentent peu outillés et formés pour traiter des patients qui ont des problèmes de santé mentale (Craven, Cohen, Campbell, Williams & Kates, 1997; Grenier, Chomienne, Gaboury, Ritchie & Hogg, 2008) et qu'ils ont peu le temps de le faire (Craven et al., 1997). D'autres auteurs soulignent que les

patients perçoivent une meilleure formation en santé mentale chez les psychologues comparativement au médecin (Chomienne, Grenier, Gaboury, Hogg, Ritchie & Farmanova-Haynes, 2011). De plus, concernant le second type de continuité relationnelle, il est plus probable que les médecins n'ait pas reçu la formation nécessaire concernant le développement normal de la santé mentale afin de promouvoir celle-ci. Par conséquent, cette réflexion soulève à nouveau des interrogations : le médecin est-il le mieux placé pour établir une continuité relationnelle à visée curative ou promotionnelle pour les soins de santé mentale primaires considérant son temps, son intérêt, sa compétence et son double mandat d'intervenant principal à la fois pour les problèmes de santé physique et mentale? Est-ce que la continuité relationnelle avec un psychologue pourrait contribuer à améliorer les soins de santé mentale primaires ?

Contribution du psychologue à la continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires

Comme mentionné précédemment, le psychologue possède l'expertise pour prendre un rôle plus actif, et même central, dans les soins de santé mentale primaires. Toutefois, ses compétences sont encore peu utilisées pour les soins de santé mentale primaires et sont souvent inaccessibles (Dobson, 2002; Grenier et al., 2008; Romanow & Marchildon, 2003). Ainsi, envisager le psychologue comme principal intervenant continu pour les soins de santé mentale primaires offrirait une perspective totalement nouvelle à son rôle. De plus, selon le moment où la relation thérapeutique continue entre le patient et le psychologue s'amorce et l'objectif visé, des avantages différents pourraient être ciblés.

L'implication du psychologue de façon continue à partir du moment où le patient constate une problématique et qu'il demande une consultation avec un psychologue s'inscrirait dans une continuité relationnelle à visée curative. Ce point de départ de l'intervention du psychologue le situerait donc en aval de la problématique de santé mentale, qu'elle soit sans gravité ou sévère. En termes de compétence, il ne fait aucun doute que le psychologue a la capacité d'évaluer, de diagnostiquer et de traiter les problèmes de santé mentale (OPQ, 2005). La continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires par un psychologue pourrait avoir des avantages non négligeables tant pour le patient, le système de santé que pour la société. Pour le patient, elle pourrait réduire la discontinuité dans les soins de santé mentale en favorisant la consultation du psychologue avec qui il a déjà une relation thérapeutique. Elle pourrait aussi lui permettre de réduire le délai de consultation en évitant un recours initial aux services médicaux (Benigeri, 2007; McCusker et al., 1997). Ensuite, elle pourrait fort probablement permettre de cibler plus rapidement la problématique de santé mentale sous-jacente aux symptômes et ainsi favoriser une mobilisation plus rapide du patient sur les enjeux psychologiques derrières ceux-ci. Enfin, elle pourrait permettre à la personne de pouvoir continuer de se référer à cette relation thérapeutique dans l'avenir afin de relier les épisodes de soins et d'obtenir une meilleure compréhension des facteurs précipitants, de maintien et de résolution lors d'une nouvelle problématique. Pour le système de santé, elle pourrait réduire la surutilisation des services médicaux pour des raisons de santé mentale et contribuer à alléger le système médical qui souffre, entre autres, d'une pénurie de médecins de famille (Commission Castonguay, 2008; Ouadahi,

Lesage, Rodrigue & Fleury, 2009). Enfin, tel que le suggère l'OPQ (2005), peut-être que cela permettrait aussi de réduire le double mandat du médecin, essentiellement formé en santé physique, et que cela lui permettrait d'être essentiellement disponible pour s'occuper des besoins de la population en lien direct avec sa propre expertise. Enfin, à plus grande échelle, le fait d'avoir un psychologue comme intervenant continu en santé mentale pourrait réduire les stigmas et envoyer un message clair à l'ensemble de la population selon lequel les problèmes de santé mentale sont aussi importants que les problèmes physiques et que consulter un professionnel spécialement formé en santé mentale est non seulement pertinent, mais normal.

Par ailleurs, l'implication du psychologue de façon continue en amont des problèmes de santé mentale s'inscrirait dans une continuité relationnelle à visée promotionnelle. Avec sa formation sur le développement psychologique de l'être humain, le psychologue possède les pré-requis nécessaires pour promouvoir la santé mentale auprès d'une personne et même d'une famille (Association québécoise des psychologues en CLSC & OPQ, 2004; OPQ, 2005). Ainsi, si on envisage la continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires dans une optique promotionnelle, le psychologue pourrait aider à promouvoir le développement d'une bonne santé mentale chez l'ensemble de la population. Cela pourrait s'avérer particulièrement pertinent considérant le fait que les « troubles mentaux peuvent toucher tout le monde, riches ou pauvres, hommes ou femmes, de n'importe quel âge, race ou croyance » (MSSS, 2005, p. 6). Plus précisément, la relation continue à visée promotionnelle avec un psychologue pourrait aider chaque

famille à être bien outillée pour favoriser le développement d'une santé mentale saine chez chacun de ses membres, incluant les enfants. Cela pourrait avoir un avantage considérable en raison de l'impact des interactions précoces entre les parents et leur enfant sur le développement de leur style d'attachement. Cela serait hautement pertinent sachant qu'il existe une association entre la présence d'un style d'attachement insécurisé (préoccupé ou désorganisé) et la dépression (Bifulco, Moran, Ball & Bernazzani, 2002; Conradi & Jonge, 2009) et l'anxiété (Manicavasagar, Silove, Marnane & Wagner, 2009; Ruiter & IJzendoorn, 1992). Pour le système de santé, elle pourrait, comme la continuité relationnelle à visée curative, désengorger le système de santé des consultations médicales pour des raisons de santé mentale. Mais encore, elle pourrait aider à réduire l'utilisation des services de santé en général en favorisant une population mieux outillée sur le plan psychologique et mieux à même de distinguer les facteurs psychologiques présents aussi dans leurs problèmes de santé physique. Enfin, un suivi continu avec le psychologue dès les premiers moments de la vie pourrait aussi à plus grande échelle travailler sur les stigmas reliés à la santé mentale, aux troubles de santé mentale et à la recherche d'aide, ainsi que réduire les coûts associés aux problèmes de santé mentale.

Concrètement, le psychologue pourrait dès la conception, voire même avant, établir un lien de confiance avec les futurs parents, soutenir le développement psychologique le plus sain possible de l'enfant à venir et travailler les enjeux qui risquent de perturber à plus ou moins grande échelle son développement psychologique futur. À la naissance et dans les premières années de vie, les rencontres pourraient être plus fréquentes

considérant l'importance des premières années de vie pour le développement psychologique. Le nombre de rencontres pourrait diminuer à mesure que l'enfant grandit à l'instar du suivi médical pédiatrique. Lors de périodes charnières – telles que l'entrée à l'école, le passage à l'adolescence, la création d'une famille ou encore la retraite – le psychologue pourrait augmenter la fréquence des rencontres en fonction de la capacité d'adaptation de la personne ou de sa famille au changement qu'elle vit. Évidemment, en l'absence de toute problématique les rencontres pourraient être plus espacées, mais non cessées pour favoriser une continuité relationnelle. Puis, lors d'une problématique, le psychologue, tel qu'actuellement, pourrait offrir un traitement adapté et plus régulier. De cette façon, le psychologue assurerait une prise en charge continue et positive de la santé mentale dans une optique de continuité relationnelle à visée promotionnelle.

Assurément, la contribution des psychologues à la continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires supposerait plusieurs changements. Par rapport au rôle du psychologue, celui-ci ne devrait plus être épisodique, mais continu et central et, dans le cadre d'une continuité relationnelle à visée promotionnelle, celui-ci ne serait plus conçu uniquement dans une optique curative. Par ailleurs, le recours aux soins spécialisés en santé mentale, plutôt que médicaux, pour des raisons de santé mentale deviendrait la norme et la promotion de la santé mentale pourrait être envisagée sur une base individuelle plutôt qu'à grande échelle uniquement. Enfin, cette contribution du psychologue viendrait certainement bouleverser la vision des soins continus de santé mentale primaires de la population, des professionnels de la santé et du gouvernement.

Le partage des soins continus dans les soins de santé mentale primaires

Selon Fleury (2009), la collaboration entre le médecin et les professionnels de la santé mentale, dont le psychologue, peut s'établir de différentes façons. Celle-ci peut aller du simple transfert d'information jusqu'aux soins dits partagés, qui font référence à l'intégration de professionnels en santé mentale dans les équipes de soins de santé primaires (Fleury, 2009; Kates et al., 2011). Selon Bray (2002), Kates (2002) et Witko, Bernes et Nixon (2005), cette dernière façon serait plus avantageuse. Toutefois, ces modèles de collaboration, incluant celui privilégié par le gouvernement du Québec dans le PASM, visent tous à augmenter et à soutenir le rôle du médecin de famille (Fleury, 2009). Comme le souligne l'OPQ (2005), cela donne :

l'impression que le recours aux autres est vu comme complémentaire ou accessoire, que la première préoccupation est de soutenir les médecins plutôt que d'assurer des services complets en santé mentale, et que la compétence ou l'expertise de chacun est peu considérée (p. 11).

Ainsi, concevoir le rôle du psychologue comme intervenant continu pour les soins de santé mentale primaires viendrait aussi modifier la perception qu'on a de la collaboration de celui-ci avec le médecin. Au lieu que la relation médecin-patient soit le centre des soins de santé mentale primaires, la contribution du psychologue à la continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires suggère plutôt que ce soit le patient et ses besoins qui soient au centre des soins continus. Par conséquent, le psychologue ne serait plus considéré comme un consultant aux services de la relation médecin-patient, mais comme un thérapeute continu et central au service de la santé mentale des patients. Un tel modèle de soins continus et partagés (voir la Figure 2)

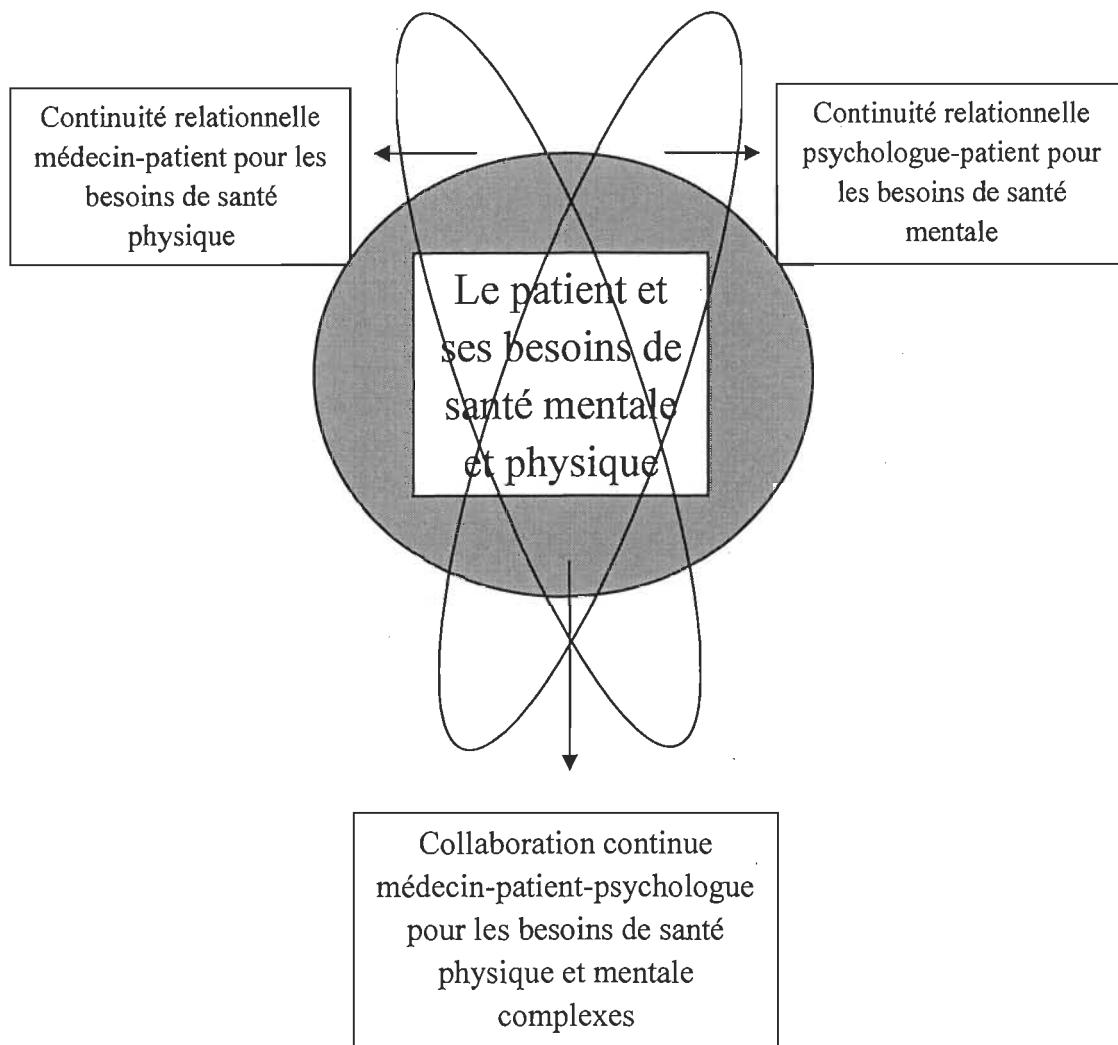


Figure 2 Modèle de soins de santé primaires continus et partagés

pourrait être bénéfique à trois niveaux : le médecin pourrait offrir des soins continus de santé physique en lien avec son expertise; le psychologue, des soins de santé continus de santé mentale avec sa propre expertise et les deux pourraient collaborer étroitement lors de problèmes complexes nécessitant la contribution de l'expertise de chacun, par exemple, lors de soins très aigus, de soins chroniques et lors de fortes interactions entre

d'ailleurs intéressés à collaborer avec les psychologues, même s'ils travaillent encore essentiellement en silo (Imboua & Fleury, 2009). Selon Moulding, Grenier, Blashki, Ritchie, Pirkis et Chomienne (2009) et Romanow et Marchildon (2003), l'intégration des psychologues dans les soins de santé défrayés par l'état serait faisable, bénéfique pour la population et pas plus coûteuse. De plus, le psychologue pourrait ajouter de la valeur aux soins de santé primaires en général étant donné que l'efficacité de ses services sont prouvés tant pour les problèmes de santé mentale que pour la gestion et les impacts psychologiques des problèmes de santé physiques (Hunsley, 2002, 2003; Nezu, Nezu & Lombardo, 2001; Whiting, Bagnall, Sowden, Cornell, Mulrow & Ramirez, 2001).

Limites et forces de l'étude

Quelques limites sont à considérer dans l'appréciation des conclusions et réflexions issues de cette thèse. D'abord, l'auteure a volontairement exclu de son étude les connaissances actuelles sur les services offerts en première ligne pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves, même si elles les utilisent également. Ensuite, l'examen du contexte d'intégration des soins de santé mentale aux soins de santé primaires se base sur des documents officiels, comme les politiques en santé mentale, et sur des articles qui traduisent l'opinion de certains organismes à leur égard ou qui résument l'histoire des soins de santé mentale. Cette revue n'est cependant pas exhaustive de l'ensemble des écrits sur les soins de santé mentale en première ligne. Par ailleurs, la continuité relationnelle a été essentiellement explorée dans la relation avec le

médecin en raison du rôle central qui lui est accordé, alors que d'autres professionnels œuvrent dans les soins de santé mentale primaires. La conceptualisation retenue de la continuité relationnelle dans cette étude est claire, mais a tout de même mis de côté des concepts souvent intégrés par d'autres auteurs (telle la confiance) ce qui a pu aussi avoir un impact sur son opérationnalisation. Par ailleurs, la réalisation de la validation de la sous-échelle adaptée dans le contexte d'une étude plus vaste a permis d'avoir accès à un large échantillon. Toutefois, cela a imposé une limite quant au nombre d'items à ajouter et empêché de valider la mesure adaptée auprès des personnes de la population générale qui ne souffrent pas d'un troubles mentaux courants selon des critères diagnostiques. Enfin, la vision du travail de collaboration entre les psychologues et les médecins se base sur quelques écrits et sur une expérience professionnelle personnelle et n'offre peut-être pas une image réelle de la situation actuelle.

Néanmoins, nous tenons à rappeler que la force de cette thèse tient essentiellement à ses définitions claires sur lesquelles les réflexions sont basées, sur l'utilisation de documentations provenant, entre autres, des gouvernements canadiens et québécois et d'organismes reconnus, sur la qualité de l'échantillon pour l'étude de validation et sur la limite des jugements apportées. Enfin, cette thèse en psychologie sur la continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires a permis de clarifier plusieurs interrogations, même si de nombreuses autres questions pourraient faire l'objet de recherches tant en psychologie que dans d'autres domaines touchant aux soins de santé mentales primaires et à la continuité des soins.

Conclusion

Cette thèse en psychologie a permis principalement d'accroître notre compréhension de la continuité relationnelle dans le contexte des soins de santé mentale primaires. Une définition claire de ce qu'est la continuité relationnelle dans ce contexte de soins a été fournie malgré une confusion persistante dans la littérature sur le plan de la conceptualisation. Puis, une mesure déjà validée dans les soins de santé primaires a été adaptée afin de mieux rendre compte d'une connaissance importante pour la détection et le traitement de l'anxiété et de la dépression. Sa validation auprès de personnes souffrant de troubles mentaux courants a étayé sa fidélité et sa validité de construit, même si sa capacité à prédire des impacts concrets sur la santé et sur l'utilisation du système de santé reste encore à démontrer. Enfin, cette thèse a aussi suscité une réflexion qui a ouvert sur trois suggestions inter-reliées pour améliorer les soins continus de santé mentale primaires. Premièrement, la continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires peut cibler deux objectifs distincts selon qu'elle a une visée curative ou promotionnelle. Deuxièmement, la contribution du psychologue à la continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires pourrait être accrue en raison de son expertise en santé mentale. Ainsi, le psychologue pourrait prendre une place plus centrale dans les soins de santé mentale primaires et offrir des soins continus, tant à visée curative que promotionnelle. Troisièmement, les soins continus en santé mentale primaires pourraient être partagés dans un modèle où les soins de santé physique sont pris

en charge par le médecin, les soins de santé mentale par le psychologue et où une collaboration médecin-patient-psychologue pourrait favoriser une prise en charge globale du patient.

Enfin, cette étude a développé une vision de la continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires qui pourrait, selon l'auteure, mieux promouvoir la santé mentale saine, offrir des services de prévention, de dépistage, de diagnostic et d'intervention précoce pour l'ensemble de la population. L'offre de soins continus par un professionnel de la santé formé spécifiquement en santé mentale pourrait avoir des avantages non négligeables tant pour la clientèle que pour le système de santé et la société en réduisant, par exemple, l'utilisation des services médicaux pour des besoins de santé mentale et la stigmatisation associée aux problèmes de santé mentale. Enfin, la forte prévalence des troubles de santé mentale courants et l'augmentation du fardeau économique, humain et social qui prévaut actuellement exigent une plus grande efficacité des soins de santé mentale primaires et les idées nouvelles présentées dans cette thèse pourraient bien être des solutions à cette problématique. Toutefois, celles-ci ne pourront se réaliser que si le gouvernement se permet de croire aux bénéfices possibles à long terme de soins continus avec un professionnel spécialisé en santé mentale – comme le psychologue – de considérer l'importance et le caractère unique de la santé mentale par rapport à la santé physique et, enfin, de concevoir les soins de santé mentale comme l'occasion, non seulement de traiter les problèmes de santé mentale, mais aussi de favoriser le développement d'une santé mentale saine chez l'ensemble de sa population.

Références

- Adair, C.E., McDougall, G.M., Beckie, A., Joyce, A., Mitton, C., Wild, C.T., ... Costigan, N. (2003). History and measurement of continuity of care in mental health services and evidence of its role in outcomes. *Psychiatric Services, 54*(10), 1351-1356.
- Adair C.E., McDougall, G.M., Mitton, C.R., Joyce, A.S., Wild, C.T., Gordon, A., ... Beckie, A. (2005). Continuity of care and health outcomes among persons with severe mental illness. *Psychiatric Services, 56*(9), 1061-1069.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4e éd.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Association canadienne pour la santé mentale. (2001). Written submission to the Commission on the future of health care in Canada. Ottawa: Association canadienne pour la santé mentale.
- Association québécoise des psychologues en CLSC, & Ordre des Psychologues du Québec. (2004). *Cadre de pratique des psychologues exerçant en première ligne : mission CLSC*. Montréal : Association québécoise des psychologues en CLSC & Ordre des Psychologues du Québec.
- Bachrach, L.L. (1981). Continuity of care for chronic mental patients: A conceptual analysis. *American Journal of Psychiatry, 138*(11), 1449-1456.
- Barrett, M.S., & Barber, J.P. (2007). Interpersonal profiles in major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychology, 63*(3), 247-266.
- Benigeri, M. (2007). *L'utilisation des services de santé mentale par les Montréalais en 2004-2005*. Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Bertera, E.M. (2005). Mental health in U.S. adults : The role of positive social support and social negativity in personal relationships. *Journal of Social and Personal Relationships, 22*(1), 33-48.
- Bice, T.W., & Boxerman, S.B. (1977). A quantitative measure of continuity of care. *Medical Care, 15*(4), 347-349.
- Bifulco, A., Moran, P.M., Ball., C., & Bernazzani, O. (2002). Adult attachment style. I: Its relationship to clinical depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 37*(2), 50-59.
- Bray., J.H. (2002). Collaborative practice between psychologists and primary care physicians: Marketing your practice. *The Independent Practitioner, 22*, 194.

- Breslau, N., & Mortimer, E.A.Jr. (1981). Seeing the same doctor : Determinants of satisfaction with specialty care for disabled children. *Medical Care, 19*(7), 741-758.
- Breslau, N., & Reeb, K.G. (1975). Continuity of care in a university-based practice. *Journal of Medical Education, 50*(10), 965-969.
- Bültzingslöwen, I.von, Eliasson, G., Sarvimäki, A., Mattsson, B., & Hjortdahl, P. (2006). Patients' views on interpersonal continuity in primary care: A sense of security based on four core foundations. *Journal of Family Practice, 23*(2), 210-219.
- Burge, F., Haggerty, J., Pineault, R., Beaulieu, M.-D., Lévesque, J.-F., Beaulieu, C., & Santor, D. (2009). *Measuring relational continuity from the consumer perspective: Comparison of primary healthcare evaluation instruments*. Manuscript soumis pour publication.
- Cabana, M.D., & Jee, S.H. (2004). Does continuity of care improve patient outcomes? *Journal of Family Practice, 53*(12), 974-980.
- Chao, J. (1988). Continuity of care : Incorporating patient perceptions. *Family Medicine, 20*(5), 333-337.
- Chomienne, M.-H., Grenier, J., Gaboury, I., Hogg, W., Ritchie, P., & Farmanova-Haynes, E. (2011). Family doctors and psychologists working together : Doctors' and patients' perspectives. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 17*(2), 282-287.
- Commission Castonguay. (2008). *Le rapport de la Commission Castonguay*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Conradi, H.J., & Jonge, P. de. (2009). Recurrent depression and the role of adult attachment: A prospective and a retrospective study. *Journal of Affective Disorders, 116*(1-2), 93-99.
- Craven, M., Cohen, M., Campbell, D., Williams, J., & Kates, N. (1997). Mental health practices of Ontario family physicians: A study using qualitative methodology. *Canadian Journal of Psychiatry, 42*(9), 943-949.
- Crawford, M.J., de Jonge, E., Freeman, G.K., & Weaver, T. (2004). Providing continuity of care for people with severe mental illness: A narrative review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39*(4), 265-272.
- Deane, N.B. (1950). The basic unit for securing continuity of care in a modern maternity unit. *Nursing Mirror and Midwives Journal, 91*(2351), 61-62.

- Deisher, R.W. (1957). Role of physician in maintaining continuity of care and guidance. *The Journal of Pediatrics*, 50(2), 231-235.
- Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux. (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Direction de la santé publique. (2002). *Rapport annuel 2001 sur la santé de la population : garder notre monde en santé, un nouvel éclairage sur la santé mentale des adultes montréalais*. Montréal : Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Dobson, K.S. (2002). A national imperative: Public funding of psychological services. *Canadian Psychology*, 43(2), 65-75.
- Dorsey, J.M., Knapp, P.W., & Frank, L.K. (1954). Education for continuity of care. *Journal of Medical Education*, 29(11), 20-28.
- Durbin, J., Goering, P., Streiner, D.L., & Pink, G. (2004). Continuity of care: Validation of a new self-report measure for individuals using mental health services. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 31(3), 279-296.
- Fleury, M.J. (2009). Santé mentale en première ligne. *Santé mentale au Québec*, 34(1), 19-34.
- Flocke, S.A. (1997). Measuring attributes of primary care : Development of a new instrument. *Journal of Family Practice*, 45(1), 64-74.
- Fortney, J., Sullivan, G., Williams, K., Jackson, C., Morton, S.C., & Koegel, P. (2003). Measuring continuity of care for clients of public mental health systems. *Health Services Research*, 38(4), 1157-1175.
- Fournier, L., Aubé, D., Poirier, L.-R., Caulet, M., Roberge, P., & Lessard, L. (2006, octobre) «Dialogue» : Vers une plus grande pertinence de la recherche sur la première ligne en santé mentale. Affiche présentée aux Journées annuelles de santé publique, Montréal, QC.
- Freeman, G.K., Olesen, F., & Hjortdahl, P. (2003). Continuity of care: An essential element of modern general practice? *Journal of Family Practice*, 20(6), 623-627.
- Freeman, G., Shepperd, S., Robinson, I., Ehrich, K., Richards, S., & Pitman, P. (2000). *Continuity of care: Report of a scoping exercise*. London: National Coordinating Centre for the Service Delivery and Organization (NCSSDO). Repéré à <http://www.sdo.nihr.ac.uk/projlisting.php?srtid=6>

- Gaumer, B., & Fleury, M.-J. (2008). CLSCs in Quebec : Thirty years of community action. *Social Work in Public Health*, 23(4), 89-106.
- Gladstone, G.L., Parker, G.B., Malhi, G.S., & Wilhelm, K.A. (2007). Feeling unsupported? An investigation of depressed patients' perceptions. *Journal of Affective Disorder*, 103(1-3), 147-154.
- Godkin, M.A., & Rice, C.A. (1984). A measure of continuity of care for physicians in practice. *Journal of Family Practice*, 16(1), 136-140.
- Gratzer, D., Levitan, R.D., Sheldon, T., Toneatto, T., Rector, N.A., & Goering, P. (2004). Lifetime rates of alcoholism in adults with anxiety, depression, or co-morbid depression/anxiety: A community survey of Ontario. *Journal of Affective Disorders*, 79(1-3), 209-215.
- Gray, D.P., Evans, P., Sweeney, K., Lings, P., Seamount, D., Seamount, C., ... Bradley, N. (2003). Towards a theory of continuity of care. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96(4), 160-166.
- Green, C.A., Polen, M.R., Janoff, S.L., Castleton, D.K., Wisdom, J.P., Vuckovic, N., ... Oken, S.L. (2008). Understanding how clinician-patient relationships and relational continuity of care affect recovery from serious mental illness: STARS study results. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(1), 9-22.
- Grenier, J., Chomienne, M.-H., Gaboury, I., Ritchie, P., & Hogg, W. (2008). Collaboration between family physicians and psychologists : What do family physicians know about psychologists's work? *Canadian Family Physician*, 54(2), 232-233.
- Haggerty, J., Beaulieu, M.-C., Pineault, R., Burge, F., Lévesque, F., & Beaulieu, C. (2009a). *Validation of instruments to evaluate primary health care from the consumer perspective : Overview of the method*. Manuscrit soumis pour publication.
- Haggerty, J.L., Reid, R.J., Freeman, G.K., Starfield, B.H., Adair, C.E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: A multidisciplinary review. *British Medical journal*, 327(7425), 1219-1221.
- Haggerty, J., Santor, D., Lawson, B., Beaulieu, C., Fournier, M., & Burge, F. (2009b). *What patients tell us about primary healthcare evaluation instruments : Response formats, bad questions and missing pieces*. Manuscrit soumis pour publication
- Harper, S. (1958). Continuity of care. *The American Journal of Nursing*, 58(6), 871-872.

- Hjortdahl, P. (1992). Continuity of care: General practitioners' knowledge about, and sense of responsibility toward their patients. *Journal of Family Practice*, 9(1), 3-8.
- Hjortdahl, P., & Borchgrevink, C.Fr. (1991). Continuity of care: Influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations. *British Medical Journal*, 303(6811), 1181-1184.
- Houle, J., Beaulieu, M.-D., Lespérance, F., Frasure-Smith, N., & Lambert, J. (2010). Inequities in medical follow-up for depression: A population-based study in Montreal. *Psychiatric Services*, 61(3), 258-263.
- Hunsley, J. (2002). *Efficacité en termes de coûts des interventions en psychologie*. Ottawa : Société canadienne de psychologie. Repéré à : http://www.cpa.ca/cpasite/userfiles/Documents/publications/Cost_Effectiveness-f.pdf
- Hunsley, J. (2003). Cost-effectiveness and medical cost-offset considerations in psychological service provision. *Canadian Psychology*, 44(1), 61-73.
- Imboua, A., & Fleury, M.-J. (2009). Médecins omnipraticiens: pratiques et intégrations des soins en santé mentale au Québec. *Santé mentale au Québec*, 34(1), 55-76.
- Institut de la statistique du Québec. (2010). Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : une synthèse pour soutenir l'action. Repéré à http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/mentale_synthese.htm
- Jee, S.H., & Cabana, M.D. (2006). Indices for continuity of care : A systematic review of the literature. *Medical Care Research and Review*, 63(2), 158-188.
- Joyce, A.S., Wild, T.C., Adair, C.E., McDougall, G.M., Gordon, A., Costigan, N., ... Barnes, F. (2004). Continuity of care in mental health services : Toward clarifying the construct. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(8), 539-550.
- Kates, N. (2002). Nouvelles approches. Collaboration entre dispensateurs de soins et de santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 27(2), 93-108.
- Kates, N., Mazowita, G., Lemire, F., Jayabarathan, A., Bland, R., Selby, P., ... Audet, D. (2011). The evolution of collaborative mental health care in Canada: A shared vision for the future. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5), 1-10.
- Lefebvre, J., Lesage, A., Cyr, M., Toupin, J., & Fournier, L. (1998). Factors related to utilization of services for mental health reasons in Montreal, Canada. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(6), 291-298.

- Lou, W.Y.M. (2000). A new measure for continuity of care: The Alpha Index. *Health Services and Outcomes Research Methodology*, 1(3-4), 277-289.
- Magill, M.K., & Senf, J. (1987). A new method for measuring continuity of care in family practice residencies. *Journal of Family Practice*, 24(2), 165-168.
- Manicavasagar, V., Silove, D., Marnane, C., & Wagner, R. (2009). Adult attachment styles in panic disorder with and without comorbid adult separation anxiety disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(2), 167-172.
- McCusker, J., Boulenger, J.P., Boyer, R., Bellavance, F., & Miller, J.M. (1997). Use of health services for anxiety disorders : A multisite study in Quebec. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42(7), 730-736.
- McWhinney, I.R. (1975). Continuity of care in family practice. Part 2: Implications of continuity. *Journal of Family Practice*, 2(5), 373-374.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1989). *Politique de santé mentale*. Québec : Publications du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1998). *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). *Plan d'action en santé mentale : la force des liens*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Moulding, R., Grenier, J., Blashki, G., Ritchie, P., Pirkis, J., & Chomienne, M.-H. (2009). Integrating psychologists into the canadian health care system: The example of Australia. *Canadian Journal of Public Health*, 100(2), 145-147.
- Nezu, A.M., Nezu, C.M., & Lombardo, E.R. (2001). Cognitive-behavior therapy for medically unexplained symptoms: A critical review of the treatment literature. *Behavior Therapy*, 32(3), 537-583.
- Ordre des psychologues du Québec. (2005). *Avis présenté par l'Ordre des psychologues du Québec dans le cadre de la consultation sur le Plan d'action en santé mentale 2005-2008*. Montréal : Ordre des psychologues du Québec.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001 : la santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2004). *Investir dans la santé mentale*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé.

- Organisation Mondiale de la Santé. (2005). *Guide des politiques et des services de santé mentale : la situation de la santé mentale*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé.
- Ouadahi, Y., Lesage, A., Rodrigue, A., Fleury, M.-J. (2009). Les problèmes de santé mentale sont-ils détectés par les omnipraticiens? Regard sur la perspective des omnipraticiens selon les banques de données administratives. *Santé mentale au Québec*, 34(1), 161-172.
- Reid, R., Haggerty, J., & McKendry, R. (2002). *Dissiper la confusion : concepts et mesures de la continuité des soins*. Canada: Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Romanow, R.J. (2002). *Guidé par nos valeurs: l'avenir des soins de santé au Canada*. Canada : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
- Romanow, R.J., & Marchildon, G.P. (2003). Psychological services and the future of health care in Canada. *Canadian Psychology*, 44(4), 283-295.
- Ruiter, C. de, & IJzendoorn, M.H. van. (1992). Agoraphobia and anxious-ambivalent attachment: An integrative review. *Journal of Anxiety Disorders*, 6(4), 365-381.
- Safran, D.G., (2003). Defining the future of primary care: What can we learn from patients? *Annals of Internal Medicine*, 138(3), 248-255.
- Safran, D.G., Karp, M., Coltin, K., Chang, H., Li, A., Ogren, J., & Rogers, W.H. (2006). Measuring patients' experiences with individual primary care physicians: Results of a statewide demonstration project. *Journal of General Internal Medicine*, 21(1), 13-21.
- Safran, D.G., Kosinski, M., Tarlov, A.R., Rogers, W.H., Taira, D.A., Lieberman, N. & Ware, J.E. (1998). The Primary Care Assessment Survey: Tests of data quality and measurement performance. *Medical Care*, 36(5), 728-739.
- Santé Canada. (2002a). *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1998*. Ottawa : Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.
- Santé Canada. (2002b). *Le Fonds sur l'adaptation des services de santé : série de rapports de synthèse : la santé mentale*. Ottawa : Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.
- Santé Canada. (2006). *À propos des soins de santé primaires*. Document repéré à <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/about-apropos-fra.php>

- Santor, D.A., & Ramsay, J.O. (1998). Progress in the technology of measurement: Applications of item response models. *Psychological Assessment, 10*(4), 345-359.
- Saultz, J.W. (2003). Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Annals of Family Medicine, 1*(3), 134-143.
- Saultz, J.W., & Albedaiwi, W. (2004). Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: A critical review. *Annals of Family Medicine, 2*(5), 445-451.
- Saultz, J.W., & Lochner, J. (2005). Interpersonal continuity of care and care outcomes: A critical review. *Annals of Family Medicine, 3*(2), 159-166.
- Shi, L., Starfield, B., & Xu, J. (2001). Validating the adult Primary Care Assessment Tool. *Journal of Family Practice, 50*(2), 161-171.
- Statistique Canada (2003). Canadian community health survey mental health and well-being cycle 1.2. Repéré à : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-617-x/index-eng.htm>.
- Steinwachs, D.M. (1979). Measuring provider continuity in ambulatory care: An assessment of alternative approaches. *Medical Care, 17*(6), 551-565.
- St-Onge, M., Haggerty, M., Roberge, P., Duhoux, A., & Fournier, L. (2012). *Continuité relationnelle dans les soins de santé mentale primaires: adaptation et validation d'une sous-échelle de connaissance accumulée*. Manuscrit soumis pour publication.
- St-Onge, M., & Jourdan-Ionescu, C. (2012). *Playoyer pour des soins de santé primaires continus et partagés*. Manuscrit soumis pour publication.
- Tempier, R., Vasiliadis, H.M., Gilbert, F., Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Lépine, J.P. ... Kovess-Masfety, V. (2010). Comparing mental health of francophones in Canada, France, and Belgium : 12-month and lifetime rates of mental health service use (part 2). *Canadian Journal of Psychiatry, 55*(5), 295-304.
- Troscclair, A., & Dube, S.R. (2010). Smoking among adults reporting lifetime depression, anxiety, anxiety with depression, and major depression episode, United States, 2005-2006. *Addictive Behaviors, 35*(5), 438-443.
- Vasiliadis, H.-M., Lesage, A., Adair, C., & Boyer, R. (2005). Service use for mental health reasons: Cross-provincial differences in rates, determinants, and equity of access. *Canadian Journal of Psychiatry, 50*(10), 614-619.
- Ware, N.C., Dickey, B., Tugenberg, T., & McHorney, C.A. (2003). CONNECT : A measure of continuity of care in mental health services. *Mental Health Services Research, 5*(4), 209-221.

- Ware, N.C., Tugenberg, T., Dickey, B., & McHorney, C.A. (1999). An ethnographic study of the meaning of continuity of care in mental health services. *Psychiatric Services, 50*(3), 395-400.
- White, D. (1993). Le cas des réformes dans le domaine de la santé mentale au Québec. *Revue sociologie et sociétés, 25*(1), 77-97.
- White, D. (1996). A balancing act: Mental health policy-making in Quebec. *International Journal of Law and Psychiatry, 19*(3), 289-307.
- Whiting, P., Bagnall, A.M., Sowden, A.J., Cornell, J.E., Mulrow, C.D., & Ramirez, G. (2001). Interventions for the treatment and management of chronic fatigue syndrome: A systematic review. *Journal of the American Medical Association, 286*(11), 1360-1368.
- World Health Organization/World family doctors Caring for people (2008). *Integrating mental health into primary care: A global perspective*. Geneva: World Health Organization.
- Wit, L.M. de, Fokkema, M., Straten, A. van, Lamers, F., Cuijpers, P., & Penninx, B.W.J.H. (2010). Depressive and anxiety disorders and the association with obesity, physical, and social activities. *Depression and Anxiety, 27*(11), 1057-1065.
- Witko, K.D., Bernes, K.B., & Nixon, G. (2005). Care for psychological problems: Collaborative approach in primary care. *Canadian Family Physician, 51*, 799-801.
- Zlotnick, C., Kohn, R., Keitner, G., & Della Grotta, S.A. (2000). The relationship between quality of interpersonal relationships and major depressive disorder: Findings from the National Comorbidity Survey. *Journal of Affective Disorders, 59*, (3), 205-215.

Appendice A

Normes de la *Revue canadienne de santé mentale communautaire*

Revue canadienne de santé mentale communautaire

Un périodique interdisciplinaire

DIRECTIVES POUR SOUMETTRE UN TEXTE

1. La Revue accepte les types de manuscrits suivants: articles (en général, maximum de 6 000 mots incluant les références), communications brèves (environ 3 000 mots) et comptes rendus (800-1 500 mots).
2. Le fait de soumettre un manuscrit signifie que le texte n'a pas été publié auparavant et qu'il n'est pas actuellement soumis pour publication ailleurs. Si l'article est accepté et publié, les droits d'auteur seront cédés à Canadian Periodical for Community Studies Inc.
3. Les articles jugés pertinents seront soumis pour évaluation par des pairs en préservant l'anonymat de l'auteur ou de l'auteure et des évaluateurs ou évaluatrices.
4. La Revue se préoccupe de certains facteurs critiques concernant les relations entre la ou les personne(s) qui recueillent l'information, ceux et celles qui participent à la recherche et le contexte de la recherche; parmi ces facteurs, on souligne la façon de prendre contact avec les participants et les participantes et d'obtenir leur consentement, le rôle que les participantes et participants exercent dans la recherche et le feedback qui leur est retourné. Si l'information concernant ces facteurs n'est pas présentée dans l'article, les auteurs et les auteures devront la

fournir à la Revue dans un document séparé. Les articles portant sur des recherches empiriques doivent se conformer aux règles d'éthique de l'Énoncé de politique des trois Conseils: Éthique de la recherche avec des êtres humains.

5. La politique de la Revue est de ne pas utiliser le terme sujets, mais plutôt participants et participantes, répondantes et répondants, informateurs et informatrices, ou un terme plus spécifique. En plus, tous les textes dans la Revue doivent être non sexistes, selon les normes énoncées par l'Office de la langue française du Québec et suivies par diverses instances gouvernementales tant fédérales que québécoises. Les techniques de féminisation privilégiées sont l'écriture des deux formes, masculine et féminine, au long (ex.: les intervenants et les intervenantes, les clientes et les clients) et l'emploi de termes génériques et de tournures neutres (ex.: le corps enseignant, les élèves).
6. Le style de tous les textes doit être conforme aux normes de l'American Psychological Association, 6e éd., adaptées selon l'usage courant de la langue française.
7. Vous devez soumettre deux copies du manuscrit : une copie incluant une page titre qui identifie les auteurs ou les auteures de même que les références complètes et une autre copie préparée pour l'évaluation anonyme, où les noms des auteurs et auteures sont retranchés de la page couverture, de même que toute autre

information comprise dans le manuscrit qui permettrait d'identifier les auteurs ou auteures.

8. Chaque article sera accompagné d'un résumé d'environ 100 mots en FRANÇAIS et en ANGLAIS. Dans le but de favoriser le dialogue avec les lecteurs et lectrices anglophones, les auteures et auteurs des manuscrits rédigés en français peuvent, s'ils le désirent, produire un résumé anglais substantiel d'environ 1 000 mots.
9. Les manuscrits rédigés en français seront envoyés par courriel, une copie papier suivant par la poste, à:

François Chagnon,

Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et

l'euthanasie(CRISE)

Département de psychologie

Faculté des sciences humaines

Université du Québec à Montréal

Case postale 8888, succursale Centre-ville

Montréal (Québec) H3C 3P8

Courriel: chagnon.francois@uqam.ca

Appendice B

Plaidoyer pour des soins de santé primaires continus et partagés

COMMENTAIRE

PLAYDOYER POUR DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES CONTINUS ET PARTAGÉS

Mélanie St-Onge, Ph.D.¹, Colette Jourdan-Ionescu, Ph.D.²

Sous-titre : Modèle de soins continus et partagés

Nombre de mots (résumé) : 200 en français et 159 en anglais

Nombre de mots (article) : 1499

Avertissements : Aucun à déclarer

Source d'assistance : Aucune à déclarer

1. Psychologue clinicienne à l'Hôpital Sainte-Justine, Ph.D en psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, Québec;
2. Ph.D en psychologie, Directrice de thèse, Professeure au département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, Québec.

Correspondance : Mélanie St-Onge, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, C.P. 500, Trois-Rivières, Québec, Canada, G9A 5H7, Tél. : 819-376-5011 poste 3514,

Télec. : 819-376-5195, Courriel : stongm@uqtr.ca

Conflits d'intérêts : Aucun à déclarer.

Résumé

1 Devant la complexité des besoins physique, mental, développemental et curatif du
2 patient, les soins de santé primaires devraient favoriser le développement d'une saine
3 santé physique et mentale, réduire l'impact des problèmes de santé courants et prendre en
4 considération l'interaction entre le développement physique et mental et entre la qualité
5 du développement initial, le maintien de la santé et la capacité de récupération du patient.
6 Dans ce contexte, l'établissement d'une ou de plusieurs relations thérapeutiques
7 continues devrait permettre d'atteindre ces objectifs. Ainsi, il existe deux types de
8 continuité relationnelle : à visée curative et promotionnelle. La responsabilité de la
9 continuité relationnelle dans les soins de santé primaires revient actuellement au médecin.
10 Cependant, il est peu probable qu'il puisse répondre seul à l'ensemble des besoins du
11 patient dans une relation thérapeutique continue à visée curative et promotionnelle. La
12 solution pourrait bien résider dans le *modèle de soins de santé primaires continu et*
13 *partagés* qui offre la place centrale au patient et à ses besoins, une étroite collaboration
14 entre les professionnels et une continuité relationnelle à visée promotionnelle par chacun
15 d'eux. Les principaux avantages sont une fusion des connaissances accumulées par
16 chacun et une prise en charge globale et positive de la santé.

Mots clés : continuité des soins, soins de santé primaires, soins centrés sur le patient, équipe de soins, modèles organisationnels, promotion de la santé.

Abstract

1 With patient complex physical, mental, developmental and curative needs, primary health
2 care should foster a healthy physical and mental health development, reduce common
3 heath problems and take into account physical and mental health interaction and initial
4 development quality, health upholding and the patient recovery capacity interaction. In
5 this context, one or more continuing therapeutic relationship should permit to fulfill these
6 goals. Thus, two relational continuity types exist: a curative and a promotional one.
7 Actually, relational continuity in primary health care responsibility comes to the doctor.
8 However, responding alone to all patient's needs in a curative and promotional
9 continuing therapeutic relationship is unlikely. The solution might be reach with the
10 *continuing and share primary health care model* who offers to the patient and his needs a
11 central place, a close collaboration between professional and a promotional aiming
12 relational continuity by each of them. The principal benefits are the fusion of
13 accumulated knowledge by each and global and positive health care.

Key words: continuity of patient care, primary health care, patient-centered care, patient care team, models organizational, health promotion.

1 Plaidoyer pour des soins de santé primaires continus et partagés

2 L'intégration des soins de santé mentale aux soins de santé primaires souligne plus
3 que jamais le caractère diversifié des besoins de santé physique et mental du patient.
4 Quant aux soins de santé primaires, qui visent à promouvoir la santé et à traiter les
5 problèmes de santé les plus courants chez l'ensemble de la population¹, ils soulignent le
6 caractère évolutif des besoins développemental et curatif. Ces nouveaux soins de santé
7 primaires devraient donc : favoriser le développement de la santé physique et mentale la
8 plus saine possible, prendre en considération l'interaction entre le développement
9 physique et mental et celle entre la qualité du développement initial, le maintien de la
10 santé et la capacité de récupération du patient, et, enfin, chercher à réduire l'impact des
11 problèmes de santé les plus courants².

12 Définie comme *l'expérience d'une relation thérapeutique entre un patient et un ou*
13 *des intervenants qui relient les épisodes de soins passés, présents et futurs et qui*
14 *permettrait l'accumulation de connaissances globales, une meilleure communication et*
15 *un sentiment de confiance plus élevé afin d'offrir au patient des soins cohérents avec ses*
16 *besoins évolutifs*²⁻³*, la continuité relationnelle est une valeur clé des soins de santé*
17 *primaires. Dans les nouveaux soins de santé primaires elle continue d'être de la*
18 *responsabilité du médecin (de famille)*⁴*. Toutefois, l'engouement pour*
19 *l'interdisciplinarité*⁵ *et l'offre de soins de santé mentale en première ligne par différents*
20 *types de professionnels*⁶*, tel le médecin, le psychologue et le psychiatre, donnent matière*
21 *à réflexion. Cet article porte donc sur la contribution optimale de la continuité*

22 relationnelle dans les nouveaux soins de santé primaires en considérant l'ensemble des
23 besoins diversifiés et évolutifs du patient. Un nouveau modèle de soins est proposé.

24 **La continuité relationnelle dans les nouveaux soins de santé primaires**

25 En fonction du rôle des nouveaux soins de santé primaires et des besoins diversifiés et
26 évolutifs du patient, il semble que l'établissement d'une relation thérapeutique continue
27 devrait pouvoir favoriser : le développement tant d'une bonne santé mentale que
28 physique, l'offre de soins curatifs tant pour les problèmes courants de santé physique que
29 mentale et la prise en compte du caractère interactif de ces besoins². Ainsi, la continuité
30 relationnelle peut avoir deux visées : curative ou promotionnelle.

31 La relation thérapeutique continue à visée curative s'établit à partir du moment où le
32 patient (ou sa famille) constate une problématique de santé. Le but est alors de recouvrer
33 la santé, de la maintenir et de prévenir l'apparition de nouveaux problèmes de santé.

34 La relation thérapeutique continue à visée promotionnelle s'établit précocement avec
35 le patient (et sa famille). Son but est de favoriser le développement d'une santé physique
36 et mentale la plus saine possible et de dépister et d'intervenir avant même que des
37 perturbations ne répondent à des critères diagnostiques. Les avantages possibles de la
38 continuité relationnelle à visée promotionnelle sont nombreux tant pour le patient, les
39 professionnels que pour l'ensemble de la société : diminution de la répétition de
40 renseignements personnels, accumulation de connaissances, prise en charge positive et
41 précoce de la santé, population générale mieux outillée face à l'adversité, normalisation

42 des suivis, réduction des stigmas, diminution du fardeau associé aux problèmes de santé,
43 etc. Malheureusement, la promotion de la santé de la population générale est actuellement
44 reléguée aux actions à grande échelle uniquement (voir ⁷).

45 De plus, il semble peu probable qu'un seul professionnel puisse répondre à
46 l'ensemble des besoins diversifiés et évolutifs du patient dans le cadre d'une continuité
47 relationnelle à visée curative et promotionnelle. Fort heureusement, l'offre de soins de
48 santé primaires continus et partagés pourrait bien être la clé de ce problème.

49 **Modèle de soins de santé primaires continus et partagés**

50 Actuellement, plusieurs modèles de collaboration interdisciplinaire existent en
51 première ligne et, dans l'ensemble, ils semblent tous positionner la relation médecin-
52 patient au cœur de leur modèle². L'avantage avec ce type de modèle est qu'un seul
53 professionnel se charge d'avoir une vision globale du patient. Cependant, trois
54 inconvénients apparaissent : le médecin est seul face à la complexité du patient et de ses
55 besoins; la relation médecin-patient est centrale alors que c'est le patient qui devrait être
56 l'objet premier des soins de santé primaires; enfin, la participation des autres
57 professionnels, en termes de collaboration, semble «complémentaire ou accessoire»⁸.

58 Selon nous², un modèle de collaboration qui situe en son centre le patient et ses
59 besoins et qui fait graviter autour de lui tous les professionnels, incluant le médecin,
60 aurait l'avantage d'être plus cohérent avec le rôle des nouveaux soins de santé primaires.
61 Ce modèle nommé *modèle de soins de santé primaires continus et partagés* comprend

62 trois éléments clés : la place centrale du patient et de ses besoins, la collaboration étroite
63 entre les professionnels et la continuité relationnelle à visée promotionnelle. Son
64 principal attrait est la présence d'une équipe de professionnels qui peut prendre en charge
65 le patient dans toute sa globalité.

66 Dans ce modèle, chacun a la responsabilité d'offrir des soins continus en lien avec
67 son expertise et doit obligatoirement travailler en étroite collaboration avec les autres
68 professionnels. Ceci implique la mise en commun des connaissances accumulées par
69 chacun afin de dépasser les connaissances individuelles et d'arriver à une compréhension
70 d'équipe plus globale du patient. Il y a ainsi enrichissement de la compréhension du
71 patient issue de chacune des relations thérapeutiques continues. Ce modèle permet aussi
72 d'optimiser les connaissances de tous les facteurs qui ont un impact sur le patient, sa
73 relation aux professionnels et sur sa capacité à participer activement à sa santé et à ses
74 soins. Il permet aussi de tenir compte des facteurs interactifs entre les besoins diversifiés
75 et évolutifs du patient qui peuvent influer sur les soins de chacun. Évidemment, plus les
76 liens entre les professionnels et le patient et entre les professionnels sont proches, plus
77 l'équipe de soins de santé primaires continus et partagés peut assurer une prise en charge
78 optimale, cohérente et représentative de la complexité du patient. Enfin, plus la formation
79 des professionnels est axée sur le développement d'une saine santé et sur le dépistage et
80 l'intervention précoce à l'intérieur des relations thérapeutiques continues, plus il est
81 question d'un modèle de soins de santé primaires continus et partagés à visée

82 promotionnelle. L'image à retenir est celle d'un filet de sécurité complet, solide et
83 flexible.

84 Prenons, par exemple, une collaboration médecin-patient-psychologue conçue sur ce
85 modèle. L'accessibilité universelle aux psychologues permettrait à toute la population de
86 recevoir des services qui ont démontré leur efficacité tant pour les problèmes de santé
87 mentale que physique^{9,10} tout en étant rentable¹¹. Les médecins, qui ne se sentent pas
88 toujours assez outillés pour gérer les problèmes de santé mentale¹², y gagneraient en
89 ayant un soutien pour mieux comprendre la personne derrière le patient. Médecin et
90 psychologue pourraient mettre en commun leur compréhension respective concernant
91 l'interaction des problèmes de santé physique et mentale du patient et la bonifier. De
92 plus, dans le cadre de relations thérapeutiques continues à visée promotionnelle, ils
93 pourraient mettre à profit les connaissances actuelles sur l'interaction précoce entre le
94 développement neurobiologique et psychologique afin de favoriser un développement
95 optimal chez l'ensemble de la population. Ces connaissances indiquent, entre autres, que
96 la relation d'attachement participe au développement des structures neurologiques reliées
97 à la régulation émotionnelle; que la qualité de ce développement neuropsychologique a
98 une influence sur l'ensemble des capacités d'adaptation et des relations futures du patient
99 et que la relation thérapeutique qui s'établit dans le cadre d'une psychothérapie est
100 propice au développement optimal de ces capacités de régulation émotionnelle¹³. Enfin,
101 cette collaboration médecin-patient-psychologue pourrait réduire l'utilisation de services
102 médicaux pour les besoins de santé mentale¹⁴, ainsi que le double mandat attribué au

103 médecin qui est responsable tant de la santé physique que mentale de la population
104 générale¹⁵.

105 **Conclusion**

106 Le modèle de soins de santé primaires continus et partagés offre la place centrale au
107 patient et à ses besoins, une étroite collaboration entre les professionnels et une continuité
108 relationnelle à visée promotionnelle par chacun d'eux. Les principaux avantages sont la
109 fusion des connaissances accumulées par chacun et une prise en charge globale et
110 positive de la santé. La couverture des besoins diversifiés et évolutifs du patient est
111 globale et le travail de chacun est unifié. La présentation de ce modèle ainsi que son
112 illustration vise à soutenir un plaidoyer en faveur d'un modèle de soins de santé primaires
113 continus et partagés où le patient est pris en charge dans toute sa globalité afin d'offrir
114 une continuité relationnelle d'équipe qui pourra limiter l'incohérence et les failles dans
115 les soins et ouvrir la porte à la promotion de la santé au niveau de la relation
116 thérapeutique.

117 Somme toute, ce modèle illustre une philosophie de soins où il est important d'agir
118 tôt et en équipe. Car, selon nous, ce n'est pas en passant par l'économie du nombre de
119 professionnels en relation continue avec le patient qu'on réduira les coûts associés à la
120 santé, mais bien en offrant des soins qui permettent d'outiller davantage la population et
121 qui sont cohérents avec ce qu'est un être humain : un être complexe, en développement et
122 en relation!

Bibliographie

1. Santé Canada. À propos des soins de santé primaires. 2006. Sur internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/about-apropos-fra.php> (consulté le 6 août 2006).
2. St-Onge M. Continuité relationnelle et soins de santé mentale primaires: réflexion, conceptualisation et mesure [Thèse de doctorat]. Trois-Rivières (QC.), Université du Québec à Trois-Rivières, 2012.
3. Reid R Haggerty, J McKendry R. Dissiper la confusion : concepts et mesures de la continuité des soins. Canada: Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2002.
4. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Plan d'action en santé mentale : la force des liens. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005.
5. Trudeau JB, De Grandmont S, Lafrance L, Poitras L. La «Loi 90» : La force de l'interdisciplinarité dans : Fleury MJ, Tremblay M, Nguyen H, Bordeleau L (éd.), *Le système sociosanitaire du Québec: Gouvernance, régulation et participation*. Montréal, Québec, Gaëtan Morin, 2007.
6. Vasiliadis HM, Lesage A, Adair C, Boyer R. Service use for mental health reasons: Cross-provincial differences in rates, determinants, and equity of access. *Canadian Journal of Psychiatry* 2005;97(10): 614-619.
7. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Programme national de santé publique 2003-2012. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003.
8. Ordre des psychologues du Québec (OPQ). Avis présenté par l'Ordre des psychologues du Québec dans le cadre de la consultation sur le Plan d'action en santé mentale 2005-2008. Montréal : Ordre des psychologues du Québec, 2005.
9. Hunsley J. Efficacité en termes de coûts des interventions en psychologie. Société canadienne de psychologie, 2002. Sur internet : http://www.cpa.ca/cpasite/userfiles/Documents/publications/Cost_Effectiveness-f.pdf (consulté le 8 septembre 2011).

10. Hunsley J. Cost-effectiveness and medical cost-offset considerations in psychological service provision. *Canadian Psychology* 2003 :44(1) : 61-73.
11. Moulding R, Grenier J, Blashki G, Ritchie P, Pirkis J, Chomienne MH. Integrating psychologists into the canadian health care system: The example of Australia. *Canadian Journal of Public Health* 2009:100(2): 145-147.
12. Grenier J, Chomienne MH, Gaboury I, Ritchie P, Hogg W. Collaboration between family physicians and psychologists : What do family physicians know about psychologists's work? *Canadian Family Physician* 2008:54(2): 232-233.
13. Shore AN. *La régulation affective et la réparation de Soi*. Montréal (Québec): CIG, 2008; 25-56.
14. McCusker J, Boulenger JP, Boyer R, Bellavance F, Miller JM. Use of health services for anxiety disorders: A multisite study in Quebec. *Canadian Journal of Psychiatry* 1997:42(7): 730-736.
15. Houle J, Beaulieu MD, Lespérance F, Frasure-Smith N, Lambert J. Inequities in medical follow-up for depression : A population-based study in Montreal. *Psychiatric Services* 2010:61(3): 258-263.

Appendice C

Normes de la *Revue canadienne de santé publique*

Revue canadienne de santé publique

DIRECTIVES POUR SOUMETTRE UN TEXTE

(COMMENTAIRE)

Directives aux auteurs

La *Revue canadienne de santé publique* (RCSP) publie des articles originaux évalués par des pairs, ainsi que des études et des lettres portant sur tous les aspects de la santé publique et de la médecine préventive. Elle est l'un des organes reconnus pour la publication de travaux de recherche et de commentaires pertinents, d'actualité et de haute qualité qui s'adressent aux chercheurs, aux décideurs et aux praticiens, chez qui elle favorise le transfert des connaissances et la compréhension de problèmes de santé publique complexes, et éclaire les décisions qui influent sur la santé du public.

Les manuscrits sont jugés publiables dans la mesure où les travaux dont ils rendent compte n'ont pas déjà fait l'objet d'un article publié, ni été proposés ou acceptés pour publication ailleurs, dans la presse écrite ou électronique. Cela n'exclut ni les rapports complets faisant suite à la publication d'un rapport préliminaire, par exemple sous forme de résumé, ni les communications présentées à une réunion scientifique, à condition qu'elles n'aient pas été publiées en totalité dans les actes de la réunion ou dans des

publications semblables. Toute divulgation publique de données non publiées doit être déclarée dans les « Commentaires pour le rédacteur » à l'étape 1 du processus de soumission en ligne; chaque cas est étudié selon ses mérites.

Lorsque vous proposez un manuscrit, veuillez indiquer clairement les dates de début et de fin de l'étude en question dans les « Commentaires pour le rédacteur » à l'étape no 1 du processus de soumission en ligne.

Pour renforcer les capacités des effectifs de la santé publique, la RCSP favorise l'évaluation des manuscrits par des étudiants sous la supervision d'un pair du monde de la recherche (voir Le mot de la rédaction en page 5 du numéro de janvier-février 2007 de la Revue disponible en ligne à l'adresse journal.cpha.ca/index.php/cjph/article/view/803/803). Tous les manuscrits ne sont pas évalués par des étudiants. Néanmoins, si vous **ne voulez pas** que votre manuscrit soit offert à un étudiant pour être évalué sous supervision, précisez-le dans les « Commentaires pour le rédacteur » à l'étape 1 du processus de soumission en ligne.

Tous les documents originaux sont étudiés par la rédaction et envoyés à deux évaluateurs indépendants ou plus, qui en font une révision par les pairs en double aveugle (auteurs et évaluateurs restent anonymes). La rédaction se réserve droit d'apporter des modifications aux articles et autres textes publiés dans la Revue et n'entretient aucune correspondance au sujet des articles dont la publication a été refusée.

Les directives de rédaction ci-dessous sont conformes aux directives publiées par l'International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) sous le titre « Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals » (ci-après désignées par « Uniform Requirements » simplement). Vous les trouverez sur le site www.icmje.org.

CESSION DU DROIT D'AUTEUR

Étant donné les dépenses nécessaires pour revoir, apprêter, publier et diffuser les manuscrits (texte, tableaux et figures), nous demandons aux auteurs de céder à l'Association canadienne de santé publique le droit d'auteur pour leurs articles. Cela signifie que les auteurs ne peuvent pas, sans l'autorisation écrite préalable de l'Association :

- publier l'article sur un site web,
- traduire l'article ou en autoriser la traduction,
- copier ou reproduire l'article sur quelque support que ce soit (sauf dans la mesure où le permet la loi canadienne sur le droit d'auteur), ni autoriser d'autres personnes à le faire,
- copier ou reproduire des portions de l'article, dont les tableaux et les figures (sauf dans la mesure où le permet la loi canadienne sur le droit d'auteur), ni autoriser d'autres personnes à le faire.

Si vous voulez faire l'une de ces choses, veuillez communiquer avec notre Service des autorisations à cjph@cpha.ca. Ainsi, nous pourrons faire un suivi de l'utilisation et de la diffusion de votre article. L'Association canadienne de santé publique encourage l'utilisation de ses ressources à des fins éducatives et non commerciales et ne refuse pas sans motif raisonnable de telles demandes d'autorisation.

Vous conservez vos droits moraux sur l'article dont vous êtes l'auteur. Autrement dit, l'Association canadienne de santé publique ne peut exercer son droit d'auteur d'une manière qui entache votre réputation ou qui contrevient à votre droit d'être associé à l'article en question.

ENVOIS

Veuillez préciser le type d'envoi lorsque vous proposez un manuscrit.

Recherche quantitative

- Nombre maximum de mots : 3 000, sans compter le résumé, les tableaux ou figures et la bibliographie
- Résumé structuré : 250 mots, avec des rubriques intitulées Objectifs, Méthode, Résultats et Conclusion
- Nombre maximal de références bibliographiques : 30

Recherche qualitative

- Nombre maximum de mots : 3 500, sans compter le résumé, les tableaux ou figures et la bibliographie
- Résumé structuré : 250 mots, avec des rubriques intitulées Objectifs, Méthode, Résultats et Conclusion.
- Nombre maximal de références bibliographiques : 30

Commentaire

- Nombre maximum de mots : 1 500, sans compter le résumé, les tableaux ou figures et la bibliographie
- Résumé textuel : 200 mots
- Nombre maximal de références bibliographiques : 15
- Les commentaires publiés dans la RCSP comportent un nombre réduit de tableaux et figures (jusqu'à trois en tout). L'auteur d'un commentaire « prend position » et défend cette position à l'aide d'arguments ou de preuves. Le résumé textuel présente le commentaire dans ses grandes lignes pour le bénéfice des lecteurs.

Mesure d'intervention en santé publique

- Voir l'article publié par Dr Patricia Huston, ancienne rédactrice scientifique de la RCSP, sur ce genre de manuscrit, sur le site journal.cpha.ca/index.php/cjph/article/view/432/432

- Nombre maximum de mots : 3 000, sans compter le résumé, les tableaux ou figures et la bibliographie
- Résumé structuré : 250 mots, avec des rubriques intitulées Objectifs, Participants, Lieu, Intervention, Résultats et Conclusion
- Nombre maximal de références bibliographiques : 30

Examen systématique

- Nombre maximum de mots : 3 500, sans compter le résumé, les tableaux ou figures et la bibliographie
- Résumé structuré : 250 mots, avec des rubriques intitulées Objectifs, Méthode, Synthèse et Conclusion.
- Nombre maximal de références bibliographiques : 50, avec au besoin des liens vers la liste des articles récupérés et exclus.

Courrier des lecteurs

- Nombre maximum de mots : 500
- Pas de résumé
- Nombre maximal de références bibliographiques : 10

N.B. : La RCSP ne publie plus de brefs comptes rendus.

PRÉSENTATION DES MANUSCRITS

Avant de nous envoyer un manuscrit, veuillez consulter les critères d'évaluation qui s'appliquent aux articles de recherche originaux, aux études méthodiques, aux commentaires ou aux mesures d'intervention en santé publique. Vous les trouverez sur le site www.cpha.ca/fr/cjph/reviewers.aspx

Lorsque vous êtes prêt à soumettre votre manuscrit, rendez vous au site <http://journal.cpha.ca> pour vous inscrire comme auteur de la *Revue canadienne de santé publique* (RCSP) ou pour vous connecter à l'aide de votre nom d'utilisateur et de votre mot de passe.

Dans le menu de navigation de droite, cliquez sur « Nouvelle soumission » pour commencer le processus étape par étape de soumission de votre manuscrit à des fins de considération par la RCSP. En tout temps au cours du processus de soumission, vous pouvez cliquer sur « Aide » dans le menu de navigation de droite pour obtenir de l'assistance.

IMPORTANT : Si vous n'avez pas accès au processus de soumission, veuillez aller à votre page Profil et sélectionner « Auteur » dans la section des Rôles.

Afin d'assurer l'intégrité de l'examen par les pairs effectué dans l'anonymat des manuscrits soumis à la RCSP, il faut prendre toutes les précautions possibles pour empêcher les auteurs de connaître l'identité des évaluateurs, et vice versa. Veuillez vous assurer de supprimer tous les renseignements sur les auteurs (c. à d. les noms et les

affiliations, dans les en têtes et bas de page, dans les propriétés et dans les remerciements). Veuillez vérifier si les étapes suivantes ont été suivies en ce qui concerne le texte et les propriétés du fichier :

1. Les auteurs des documents ont supprimé leur nom du texte.
2. Dans le cas des documents de Microsoft Office, les renseignements sur l'auteur doivent également être supprimés des propriétés du fichier (voir l'onglet Fichier de Word) en cliquant sur les éléments suivants, en commençant par Fichier dans le menu principal de l'application Microsoft : Fichier > Enregistrer sous > Outils (ou « Options » si vous utilisez un Mac) > Sécurité > Supprimer les informations personnelles des propriétés du fichier lors de l'enregistrement > Enregistrer.
3. Dans le cas des documents en format PDF, le nom des auteurs doit aussi être supprimé des propriétés du document, en cliquant sur Fichier dans le menu principal d'Adobe Acrobat.

Numérotez toutes les pages consécutivement à partir de la page 1 (en comptant la page titre), y compris les pages du résumé, du texte, des références bibliographiques, des tableaux et des figures. Pour faciliter la référence pour les évaluateurs, auteurs et rédacteurs, veuillez numérotter toutes les lignes de votre manuscrit.

PATERNITÉ DU MANUSCRIT

Conformément à la politique de l'ICMJE concernant l'identification des auteurs, chaque auteur doit pouvoir prendre publiquement à son compte le contenu de l'article et y avoir contribué de façon importante dans trois (3) domaines :

1. la conception de l'article et l'acquisition ou l'analyse et l'interprétation des données;
2. la rédaction de l'article ou l'évaluation critique de son contenu intellectuel important;
3. l'approbation finale de la version à publier.

Si votre manuscrit est accepté pour publication, on vous demandera de joindre une lettre de consentement à la publication signée par chacun des auteurs. Les signatures numérisées sont acceptées.

Les personnes qui ne sont pas des « auteurs » selon les critères susmentionnés doivent néanmoins être remerciées, en l'occurrence, les personnes qui ont fourni une aide technique ou une aide à la rédaction, celles qui ont offert un soutien matériel et financier général du fait qu'elles dirigent un département ou une faculté universitaire, ou encore les statisticiens qui, sans avoir participé à la conception de l'étude, l'ont révisée ou ont fourni une aide relativement aux déductions statistiques qu'elle contient. Comme les lecteurs déduiront sans doute que les personnes remerciées acceptent les données et les conclusions de l'article, toutes doivent avoir fourni aux auteurs l'autorisation écrite d'être

nommées dans l'article. Des copies de ces autorisations doivent être fournies à la RCSP si le manuscrit est accepté pour publication.

Si l'auteur est un groupe ou une entreprise

L'auteur peut être un groupe ou une entreprise à condition que l'un des membres du collectif prenne à son compte tout le contenu du manuscrit. Les auteurs doivent fournir le nom de ce responsable, et cette information doit figurer dans une note au bas de la page titre disant à peu près ceci : « Le D^r/M./M^{me}/Le P^r X prend à son compte le travail dont il est question dans l'article, ainsi que le contenu du manuscrit. »

De plus, tous les membres du collectif doivent respecter les critères de paternité du manuscrit.

Conflit d'intérêts

Il y a conflit d'intérêt lorsque l'auteur (ou l'organisme pour lequel il travaille), l'évaluateur ou le rédacteur a des liens financiers ou personnels qui biaissent sa conduite ou qui l'influencent de manière inappropriée (on peut aussi parler de double engagement, d'intérêts divergents ou de loyautés divisées). De tels liens peuvent être négligeables, mais d'autres risquent d'influencer grandement le jugement de la personne. Tous les liens n'entraînent pas nécessairement des conflits d'intérêts.

Par contre, il peut y avoir un conflit d'intérêts potentiel, que la personne considère ou non que ses liens ont un effet sur son jugement scientifique. Les liens financiers (la relation

d'emploi, la relation client-consultant, l'actionnariat, les honoraires, les témoignages d'experts rémunérés) présentent les conflits d'intérêts les plus faciles à repérer et les plus susceptibles de miner la crédibilité de la Revue, des auteurs et de la science même. Un conflit peut cependant avoir d'autres origines, comme des liens personnels, la concurrence entre professeurs d'université et la passion intellectuelle. Tous les participants au processus d'évaluation par les pairs et de publication doivent divulguer les liens pouvant être perçus comme présentant un potentiel de conflit d'intérêts. La divulgation de ces liens importe aussi pour les éditoriaux et les exposés de synthèse, car il peut être plus difficile de déceler un biais dans ce genre de publications que dans les comptes rendus de recherches nouvelles. Les rédacteurs peuvent se servir de l'information divulguée dans les déclarations de conflit d'intérêts et de participation financière pour prendre des décisions rédactionnelles.

PAGE TITRE

La page titre de la version en aveugle du manuscrit indique :

1. le type d'envoi;
2. le titre;
3. un bref sous-titre de 40 caractères au maximum (lettres et blancs compris);
4. le nombre de mots dans le résumé;
5. le nombre de mots dans le texte de l'article (pas inclus la liste des références, les tableaux ou les figures).

Une fois l'article est accepté pour publication, l'auteur correspondant aura à fournir une version du manuscrit avec les coordonnées complètes des auteurs. La page titre de la version intégrale du manuscrit indique en plus de ce qui précède :

1. le prénom, l'initiale du deuxième prénom et le nom de famille de chaque auteur, avec son ou ses diplômes de plus haut niveau et les départements et établissements à créditer pour le travail;
2. le nom, l'adresse, les numéros de téléphone et de télécopieur et l'adresse courriel de l'auteur à qui adresser la correspondance;
3. les avertissements nécessaires;
4. les sources d'assistance (financières ou autres);
5. une déclaration de conflit d'intérêts (Voir la section Conflit d'intérêts ci-dessus).

AFFILIATIONS DES AUTEURS

L'affiliation de chaque auteur est celle qui prévaut au moment de l'envoi du manuscrit. L'adresse actuelle de l'auteur-ressource au moment de la publication doit aussi figurer dans le manuscrit publié. L'auteur-ressource est normalement celui dont le nom vient en premier, mais il peut s'agir d'un autre auteur, selon la propriété du travail et des données.

RÉSUMÉ

Voir la rubrique « Types d'envois » plus haut. Ajoutez à la fin du résumé une liste de trois à six (3 à 6) sujets et mots clés MeSH à des fins d'indexation. On trouvera la liste

des mots-sujets MeSH sur le site :www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html. N.B. : on peut entrer des suggestions de mots-sujets MeSH sur cette page.)

Une fois l'article est accepté pour publication, une traduction du résumé et des mots clés est également exigée et peut être commandée au service de traduction de la RCSP, qui le facturera après publication à raison de 0,32 \$ par mot français. Ces frais peuvent changer sans préavis. Les auteurs peuvent proposer leurs propres traductions sachant qu'elles feront l'objet d'une vérification de la qualité et qu'au besoin, le coût d'une retraduction pourra être facturé aux auteurs.

TEXTE

Afin de publier autant d'articles que possible dans une revue publiée six fois l'an, la RCSP a adopté une politique selon laquelle les articles de recherche (recherche quantitative, recherche qualitative, mesure d'intervention en santé publique, étude méthodique) ne doivent pas comporter plus de cinq tableaux et figures en tout; quant aux commentaires, ils ne doivent pas comporter plus de trois tableaux et figures en tout.

Le texte peut être subdivisé en rubriques intitulées : Introduction, Méthode, Résultats et Discussion (ou autres intertitres pertinents – voir les renseignements ci-dessus concernant les types d'envois).

Le texte ne doit pas répéter en plus long ce qui est résumé dans les tableaux ou les figures; seules les observations importantes doivent y être soulignées ou résumées. Évitez toute « enquête bibliographique » détaillée qui risquerait d'être supprimée.

Pour les études sur des êtres humains, il convient d'obtenir l'approbation d'un conseil d'éthique reconnu. Cette approbation doit être mentionnée à la rubrique « Méthode » de l'article.

On trouvera d'autres renseignements sur les unités de mesure et les abréviations acceptables dans les « Uniform Requirements ».

BIBLIOGRAPHIE

Les références doivent être numérotées dans l'ordre où elles apparaissent dans le texte, les tableaux et les figures. Utilisez des chiffres arabes, entre parenthèses, **juste avant** le signe de ponctuation (virgule, point, point-virgule, deux-points, guillemet). Pour les renvois répétés (identiques), réutilisez le numéro de l'appel de note original.

À noter :

N'utilisez pas les notes de bas de page ni les notes de fin du programme Microsoft Word.

Vous pouvez cependant vous servir d'un logiciel de référencement comme EndNote^{MC}.

La présentation des références est basée sur les « Uniform Requirements » (vous en trouverez des exemples plus loin). Les « communications personnelles » ne peuvent pas servir de références, mais doivent plutôt être notées entre crochets dans le texte, avec le titre de la personne et la date de la communication. Toute personne identifiée dans une communication personnelle doit avoir donné une autorisation écrite à cet effet aux auteurs de l'article. Il incombe aux auteurs de vérifier l'exactitude des références citées.

Pour les renvois à des publications en ligne, on indiquera l'adresse Internet et la date à laquelle le document a été consulté.

Exemples de références bibliographiques selon la présentation de la RCSP :

Article de revue

Marshall DA, McGeer A, Gough J, Grootendorst P, Buitendyk M, Simonyi S, et al. Impact of antibiotic administrative restrictions on trends in antibiotic resistance. *Rev can santé publique* 2006;97(2):126-131.

Livre

Lucas K, Lloyd B. *Health Promotion: Evidence and Experience*. Thousand Oaks (Californie), Sage Publications Ltd., 2005;24-43.

Chapitre de livre

King PA. Justice beyond Belmont, dans : Childress JF, Meslin EM, Shapiro HT (éd.), *Belmont Revisited: Ethical Principles for Research with Human Subjects*. Washington, DC, Georgetown University Press, 2005.

Publication d'un organisme

Comité consultatif FPT sur la santé publique et la sécurité de la santé (CCSPSS). Stratégie nationale d'immunisation : Rapport final 2003. Ottawa, Agence de santé publique du Canada, 2003.

Mémoire ou these

Oake A. Validation and reliability testing of a breakfast survey instrument for young elementary schoolchildren [Thèse de doctorat]. St. John's (T.-N.-L.), Memorial University of Newfoundland, 1991.

Document en ligne

Wayland S. Unsettled: Legal and Policy Barriers for Newcomers to Canada. A joint initiative of Community Foundations of Canada and the Law Commission of Canada, 2006. Sur Internet : www.cfc-fcc.ca (consulté le 7 janvier 2008).

Article de magazine

Caragata W. Up in Smoke. *Maclean's* 2 oct. 1995;34-35.

Article de journal

Kirkey S. Neighbourhoods with lots of fast-food outlets record more heart attacks and deaths: study. *The Ottawa Citizen* 12 mai 2005;Sect.A:5(col.1-4).

TABLEAUX

Les tableaux, présentés à double interligne et numérotés en chiffres arabes en ordre croissant, doivent être inclus dans le manuscrit original. Donnez un bref titre à chaque tableau.

Exemple de présentation :

Tableau 1. Profil démographique des participants au sondage

Donnez à chaque colonne et à chaque rangée un titre court ou abrégé. N'utilisez pas de lignes verticales et horizontales dans le corps des tableaux. Dans le texte, citez chaque tableau en ordre numérique croissant.

Insérez les explications dans des notes de bas de page numérotées à l'aide des symboles suivants (dans l'ordre indiqué) :

*, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡, etc.

FIGURES

Des figures doivent être incluses dans la version originale du manuscrit soumise pour faire l'objet d'un examen par les pairs effectué dans l'anonymat.

Dans la version définitive, après l'acceptation du manuscrit à des fins de publication, l'auteur correspondant doit télécharger les figures en tant que fichiers à haute résolution (au moins 300 ppp) de format EPS, TIFF ou PDF.

Numérotez les figures de manière consécutive en chiffres arabes et donnez un court titre à chacune d'entre elles.

Exemple de présentation :

Figure 1. Répartition de tous les cas de rougeole recensés en Ontario (Canada) entre janvier 2004 et décembre 2005

Insérez les explications dans des notes de bas de page numérotées à l'aide des symboles suivants (dans l'ordre indiqué) :

*, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡, etc..

Liste de vérification de la soumission

En tant que partie intégrante du processus de soumission, les auteurs doivent s'assurer de la conformité de leur soumission avec tous les éléments suivants, et les soumissions peuvent être retournées aux auteurs qui ne sont conformes pas à ces directives.

1. L'auteur ou les auteurs certifient qu'eux-mêmes et leur article respectent les critères suivants :

- Chaque auteur doit pouvoir prendre publiquement à son compte le contenu de l'article et y avoir contribué de façon importante dans trois (3) domaines :

1. la conception de l'article, l'acquisition des données, ou l'analyse et l'interprétation des données;
2. la rédaction de l'article ou l'évaluation critique de son contenu intellectuel important;

3. l'approbation finale de la version à publier.

- Sauf indication contraire dans les « Commentaires pour le rédacteur » à l'étape 1 du processus de soumission en ligne, aucun manuscrit identique ou dont le contenu est essentiellement similaire n'a été publié auparavant.
- Les auteurs sont disposés à soumettre à l'examen des membres de la rédaction ou de leurs délégués les données sur lesquelles repose le manuscrit.
- Chaque auteur atteste et garantit que l'article est original, qu'il ne viole aucun droit d'auteur ni les droits de tierces personnes et qu'il n'a pas été publié ailleurs ni soumis à une autre publication, sous quelque forme que ce soit, à l'exception de ce qui est expressément mentionné dans les présentes.

2. L'auteur ou les auteurs certifient par les présentes que :

- Toute personne ayant collaboré de façon importante aux travaux dont il est question dans le manuscrit (p. ex., collecte de données, rédaction ou révision) sans pour cela respecter les critères de paternité est nommée dans le manuscrit à la rubrique « Remerciements ».
- Les auteurs ont obtenu (et conserveront en dossier) tous les consentements relativement aux photos ou images qui figureront dans l'article et qui sont déjà couvertes par les droits d'auteur (y compris le consentement des sujets des photos). Des copies de ces consentements doivent être fournies à l'ACSP.

- L'absence d'une rubrique « Remerciements » signifie que personne d'autre n'a collaboré de façon importante aux travaux dont il est question dans le manuscrit.
- Toute personne nommée à la rubrique « Remerciements » a fourni aux auteurs l'autorisation écrite d'être nommée. Des copies de ces autorisations doivent être fournies à l'ACSP par voie électronique ou autrement.
- Si l'article porte sur des sujets humains, les auteurs ont obtenu l'autorisation du comité d'examen de leur organisme et le consentement éclairé des participants et en ont fait état dans le manuscrit à la rubrique « Méthode ».

3. Tous les auteurs et coauteurs certifient ce qui suit :

- Leurs affiliations ou liens financiers avec tout organisme ou toute entité ayant un intérêt financier dans le sujet ou les documents abordés dans le manuscrit (p. ex., relation client-consultant, honoraires, actionnariat ou options, témoignages d'experts, subventions, brevets reçus ou en instance, redevances) sont divulgués dans les « Commentaires pour le rédacteur » à l'étape 1 du processus de soumission en ligne.
- Toute aide financière et matérielle reçue pour leur travail est clairement indiquée dans le manuscrit à la rubrique « Remerciements », ainsi qu'une déclaration de conflit d'intérêts.

4. Le fichier du manuscrit est un document en format Microsoft Word.

Le texte est à double interligne; la police de caractères est de corps 12; l'italique est utilisé de préférence au soulignement (sauf dans les adresses URL); les lignes sont numérotées d'une manière continue; et les tableaux et figures sont inclus dans le document soumis.

5. Lorsqu'elles existent, les adresses URL et les dates de consultation des références bibliographiques sont indiquées.
6. Le texte est conforme aux exigences stylistiques et bibliographiques définies dans les Directives à l'intention de l'auteur, à la rubrique Au sujet de la revue.

7. Une évaluation en aveugle

J'ai vérifié que :

- tous les renseignements signalétiques ont été effacés de la page titre
- la section Remerciements a été effacée
- les renseignements signalétiques ont été effacés des Propriétés dans le document Word.

AUTEUR : Cliquez ici et suivez les instructions pour une évaluation en aveugle.

8. Je reconnaiss que si mon manuscrit est accepté pour publication, une traduction du résumé et des mots clés dans l'autre langue officielle sera demandée. Je peux ou la fournir moi-même, ou bien la demander du service de la traduction de la Revue au montant de 0,32 \$ le mot. Ces frais peuvent changer sans préavis.

NOTE : Les traductions de résumé fournies par les auteurs feront l'objet d'une vérification de la qualité et au besoin, le coût d'une retraduction pourra être facturé aux auteurs.

Mention de droit d'auteur

Étant donné les dépenses nécessaires pour revoir, apprêter, publier et diffuser les manuscrits (texte, tableaux et figures), nous demandons aux auteurs de céder à l'Association canadienne de santé publique le droit d'auteur pour leurs articles. Cela signifie que les auteurs ne peuvent pas, sans l'autorisation écrite préalable de l'Association :

- publier l'article sur un site web,
- traduire l'article ou en autoriser la traduction,
- copier ou reproduire l'article sur quelque support que ce soit (sauf dans la mesure où le permet la loi canadienne sur le droit d'auteur), ni autoriser d'autres personnes à le faire,
- copier ou reproduire des portions de l'article, dont les tableaux et les figures (sauf dans la mesure où le permet la loi canadienne sur le droit d'auteur), ni autoriser d'autres personnes à le faire.

Si vous voulez faire l'une de ces choses, veuillez communiquer avec notre Service des autorisations à cjph@cpha.ca. Ainsi, nous pourrons faire un suivi de l'utilisation et de la

diffusion de votre article. L'Association canadienne de santé publique encourage l'utilisation de ses ressources à des fins éducatives et non commerciales et ne refuse pas sans motif raisonnable de telles demandes d'autorisation.

Vous conservez vos droits moraux sur l'article dont vous êtes l'auteur. Autrement dit, l'Association canadienne de santé publique ne peut exercer son droit d'auteur d'une manière qui entache votre réputation ou qui contrevient à votre droit d'être associé à l'article en question.

Déclaration de confidentialité

Les noms et les adresses courriel saisis sur le site de la Revue serviront exclusivement aux fins convenues, précisées par la Revue, et ne seront pas divulgué pour d'autres fins ni à d'autres parties.