



Canadian  
Collaborative  
Mental Health  
Initiative

Initiative  
canadienne de  
collaboration en  
santé mentale

# Renforcer la collaboration par la formation interprofessionnelle :

Une ressource pour la collaboration entre  
les éducateurs en santé mentale

**ÉDUCATEURS**

## AUTEURS DE LA TROUSSE D'OUTILS POUR LES ÉDUCATEURS

Groupe chargé de l'élaboration de cette trousse d'outils

### Vernon Curran, Ph.D.

Directeur de la recherche et du développement  
Professeur agrégé (enseignement médical)  
Centre for Collaborative Health Professional Education  
Faculté de médecine, Memorial University of Newfoundland

### Thomas Ungar, MD, Méd, CCD, FCFP, FRCPC, DABPN

Directeur médical, Adult Outpatient Mental Health  
Hôpital général de North York  
Professeur agrégé (psychiatrie)  
Faculté de médecine, University of Toronto

### Enette Pauzé, M.Sc., CK

Coordonnatrice de la recherche  
Initiative canadienne de collaboration en santé mentale

Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer par courriel au [info@iccsm.ca](mailto:info@iccsm.ca), communiquez avec Mme Enette Pauzé au [enette@sympatico.ca](mailto:enette@sympatico.ca) ou communiquer avec Dr Tom Ungar au [tungar@nygh.on.ca](mailto:tungar@nygh.on.ca).



## GROUPE DE TRAVAIL SUR LA SÉRIE TROUSSES D'OUTILS

Groupe chargé de l'élaboration de la série  
Trousse d'outils à l'intention des éducateurs

Vernon Curran, Centre for Collaborative Health Professional Education et Faculté de la médecine, Memorial University of Newfoundland

Scott Dudgeon, membre du Comité directeur et du secrétariat de l'ICCSM

Marie-Anik Gagné, membre du secrétariat de l'ICCSM

Francine Knoops, représentante de l'Association des psychiatres du Canada au sein du Comité directeur de l'ICCSM

Penelope Marrett, représentante de l'Association canadienne pour la santé mentale au sein du Comité directeur de l'ICCSM

Enette Pauzé, membre du secrétariat de l'ICCSM (chef de projet)

Barry Power, représentant de l'Association des pharmaciens du Canada au sein du Comité directeur de l'ICCSM

Tom Ungar, Hôpital général de North York et Faculté de médecine, Université de Toronto

## RÉDACTRICE

Helen Stevenson, B.Com., MSM Savattuq Inc.

## REMERCIEMENTS

Les auteurs voudraient remercier les membres du Comité directeur de l'ICCSM pour leurs recommandations et souligner les contributions de Barry Power, Francine Knoops et Penelope Marrett, membres du Comité directeur de l'ICCSM, ainsi que celles de Scott Dudgeon et de Marie-Anik Gagné du secrétariat de l'ICCSM pour leur conseils d'experts au cours de l'élaboration de cette trousse d'outils. Les auteurs désirent également remercier Robert Allen, membre du Comité directeur de l'ICCSM, de même que Jack Haggarty du St. Joseph's care group de l'hôpital psychiatrique Lakehead à Thunder Bay (Ontario) pour leurs commentaires sur les éléments d'atelier interactifs de cette trousse d'outils.

## CITATION SUGGÉRÉE

Curran V, Ungar T et Pauzé E. Renforcer la collaboration par la formation interprofessionnelle : Une ressource pour la collaboration entre les éducateurs en santé mentale. Mississauga, Ont. : Initiative canadienne de collaboration en santé mentale; février 2006. Disponible au : [www.iccsm.ca](http://www.iccsm.ca)

Droit d'auteur © 2006 Initiative canadienne de collaboration en santé mentale  
ISBN 1-897268-16-5


Ce rapport est disponible en français et en anglais.

This document is available in English and French.

Secrétariat de l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale  
a/s Le Collège des médecins de famille du Canada  
2630 avenue Skymark  
Mississauga, Ont. L4W 5A4  
Tél. : 905-629-0900  
Télec. : 905-629-0893  
Courriel : [info@iccsm.ca](mailto:info@iccsm.ca)  
Site Web : [www.iccsm.ca](http://www.iccsm.ca)

Ce document a été rédigé à la demande du secrétariat de l'ICCSM. Les opinions exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement le point de vue officiel des organisations membres du Comité directeur ou de Santé Canada.

Le financement de l'ICCSM provient du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de Santé Canada.



# Renforcer la collaboration par la formation interprofessionnelle :

Une ressource pour la  
collaboration entre les éducateurs  
en santé mentale

Une trousse d'outils

Février 2006

# NOTRE OBJECTIF

---

L'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM) s'efforce d'améliorer la santé mentale et le bien-être des Canadiens en renforçant les liens et la collaboration entre les prestataires de soins de santé, les usagers, les familles et les aidants naturels, et en facilitant l'accès des usagers à des services de prévention, de promotion de la santé, de traitement, d'intervention et de réadaptation dans le contexte des soins de santé primaires.

## Table des matières

<b>Préface</b> .....	<b>i</b>
Voici la série de trousseaux d'outils de l'ICCSM! .....	i
<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>Section A : Contexte</b> .....	<b>5</b>
<b>Unité 1 : Formation interprofessionnelle dans le contexte des soins de santé mentale axés sur la collaboration</b> .....	<b>5</b>
Définir la formation interprofessionnelle .....	6
Avantages de la formation interprofessionnelle .....	7
Obstacles et facilitateurs .....	8
Programmes existants .....	9
<b>Unité 2 : Meilleures pratiques pour la formation interprofessionnelle</b> .....	<b>11</b>
Compétences en matière de formation interprofessionnelle .....	11
Planifier la formation interprofessionnelle .....	12
Implication de l'apprenant et de l'utilisateur .....	13
Principes clés pour la conception de programme .....	15
<b>Unité 3 : Équipes de soins de santé mentale axés sur la collaboration</b> .....	<b>17</b>
Travail d'équipe lors de la prestation des services .....	17
Rôles des membres de l'équipe .....	20
Planification des soins interprofessionnels .....	27
Modèles de soins .....	28
<b>Section B : Mise en oeuvre</b> .....	<b>31</b>
<b>Remarques au facilitateur</b> .....	<b>31</b>
Vous préparer .....	31
Votre rôle de facilitateur .....	31
Sélectionner et préparer les participants .....	32
Organiser l'atelier .....	32
<b>Exemple de plan de leçon</b> .....	<b>35</b>
<b>Activité 1 : Étapes de l'évaluation des besoins du patient/client</b> .....	<b>37</b>
Activité 1 : Document à distribuer aux participants .....	40
<b>Activité 2 : Apprécier les rôles des membres de l'équipe</b> .....	<b>41</b>
Directives pour le facilitateur .....	41
Activité 2 : Document à distribuer aux participants .....	45

<b>Activité 3 : Études de cas</b> .....	<b>47</b>
Feuille de travail : Réflexion sur le rôle des membres de l'équipe .....	51
Cas 1.....	54
Cas 2.....	60
Cas 3.....	64
Cas 4.....	68
<b>Compte rendu de l'atelier</b> .....	<b>75</b>
<b>Évaluation</b> .....	<b>77</b>
Document à distribuer pour l'évaluation de l'atelier .....	77
<b>Références</b> .....	<b>79</b>
<b>Annexe A : Glossaire de termes et Index des acronymes</b> .....	<b>83</b>
<b>Annexe B : Guide de décision</b> .....	<b>87</b>
Est-ce qu'un programme de formation interprofessionnelle est fait pour vous?.....	87
Est-ce que votre université ou votre école est prête pour un programme de formation interprofessionnelle? .....	87
Ressources d'information supplémentaires.....	88

## Préface

### Voici la série de trousse d'outils de l'ICCSM!

L'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM) est dirigée par 12 organismes nationaux représentant des services communautaires, des usagers, des familles et des aidants naturels, des groupes d'entraide, des diététistes, des médecins de famille, des infirmières et infirmiers, des ergothérapeutes, des pharmaciens, des psychiatres, des psychologues et des travailleuses et travailleurs sociaux. Financée par l'entremise du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de Santé Canada, l'ICCSM a pour objectif d'améliorer la santé mentale et le bien-être des Canadiennes et des Canadiens en améliorant la collaboration entre les prestataires de soins de santé mentale et primaires, les usagers, les familles et les aidants naturels.

Les trousse d'outils de l'ICCSM comprennent des outils pratiques visant à :

- assister les prestataires de soins et les planificateurs dans la mise en oeuvre d'initiatives de collaboration;
- aider les usagers en santé mentale et les membres de leur famille à comprendre la maladie mentale et à travailler avec les autres membres de l'équipe de soins; et
- informer les éducateurs des bienfaits de la formation interprofessionnelle et à fournir des outils afin d'informer sur les soins de santé mentale axés sur la collaboration.

Chaque trousse d'outils a été élaborée par un groupe d'experts interprofessionnels et guidée par un groupe de travail représentant un certain nombre de groupes d'intervenants clés. Nous espérons que les lecteurs de toute trousse d'outils de la série les recommanderont à d'autres personnes (p. ex., les usagers référant les trousse d'outils à leurs prestataires de soins et vice versa).

En plus de cette série de 12 trousse d'outils, l'ICCSM a élaboré une Charte des principes et des engagements qui influencera l'avenir des soins de santé mentale au Canada ainsi qu'une série de rapports qui reproduisent l'état actuel des soins de santé mentale axés sur la collaboration. Les rapports soulignent les problèmes de ressources humaines en matière de santé, fournissent une bibliographie annotée, résumant les meilleures pratiques, révisent les initiatives provenant de partout au pays et résumant la réforme provinciale et territoriale en soins de santé mentale et primaires. Ces documents ont guidé la conception des trousse d'outils et sont disponibles au [www.iccsm.ca](http://www.iccsm.ca).

### Trousse d'outils pour les éducateurs

*Renforcer la collaboration par la formation interprofessionnelle : Une ressource pour la collaboration entre les éducateurs en santé mentale* sert de ressource de formation afin d'offrir une assistance lors de la mise en oeuvre des initiatives et des programmes de formation qui font la promotion des soins de santé mentale axés sur la collaboration dans des contextes de soins de santé primaires. La trousse d'outils cible les promoteurs de

programmes de formation dans les organismes de réglementation, les associations professionnelles, les autorités régionales de la santé, les équipes de santé familiale, les ministères et les éducateurs dans les contextes de formation (universités et collèges) et de prestation de soins.

Cette trousse d'outils met l'accent sur l'importance de la formation interprofessionnelle dans la promotion des soins axés sur la collaboration. La trousse offre quatre études de cas et plusieurs activités accompagnées d'un exemple de plan de leçon et d'autres outils utiles afin d'aider les éducateurs dans la mise en œuvre d'événements de formation.

### **Trousses d'outils de mise en oeuvre**

*Collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires: Une trousse d'outils sur la planification et la mise en oeuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs* est un guide pour les prestataires de soins qui souhaitent mettre en oeuvre ou améliorer les services de santé mentale qu'ils fournissent par l'entremise de la collaboration. La trousse d'outils générale offre aux lecteurs un guide sur tous les aspects de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation d'une initiative de soins de santé mentale axés sur la collaboration, ce qui implique d'évaluer les besoins, de fixer des objectifs, de développer un budget, de former une équipe, de veiller au bon fonctionnement de l'équipe, de gérer les changements et de surveiller l'évolution de l'initiative.

Huit trousse d'outils ciblant une population spécifique et intitulées *Établissant des initiatives axées sur la collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires* ont été conçues afin d'être utilisées conjointement avec la trousse d'outils générale. Elles offrent des conseils permettant d'adapter la trousse d'outils générale aux Autochtones, aux enfants et aux adolescents, aux populations ethno-culturelles, aux populations rurales et isolées, aux personnes âgées, aux personnes atteintes d'une maladie mentale grave, à celles ayant des problèmes de toxicomanie et aux populations urbaines marginalisées. Il y a un certain chevauchement entre les trousse d'outils. Par exemple, les renseignements sur les soins de santé mentale axés sur la collaboration et les sans-abri se retrouvent dans au moins trois trousse d'outils, soit dans celle pour les personnes atteintes d'une maladie mentale grave, celle pour les personnes ayant des problèmes de toxicomanie ainsi que dans la trousse spécifique aux populations urbaines marginalisées. Les lecteurs sont encouragés à considérer toutes les trousse d'outils qui peuvent s'avérer pertinentes à leurs besoins.

Les trousse d'outils, tant la trousse générale que celles spécifiques aux populations, ne sont pas conçues en tant que guides pour les pratiques cliniques, mais dans le but d'offrir des conseils pratiques sur les différents aspects de la mise en œuvre réussie d'initiatives axées sur la collaboration.

### **Trousses d'outils pour les usagers, les familles et les aidants naturels**

Les usagers, les familles et les aidants naturels ont élaboré ces deux trousse d'outils pour les usagers et leurs êtres aimés.

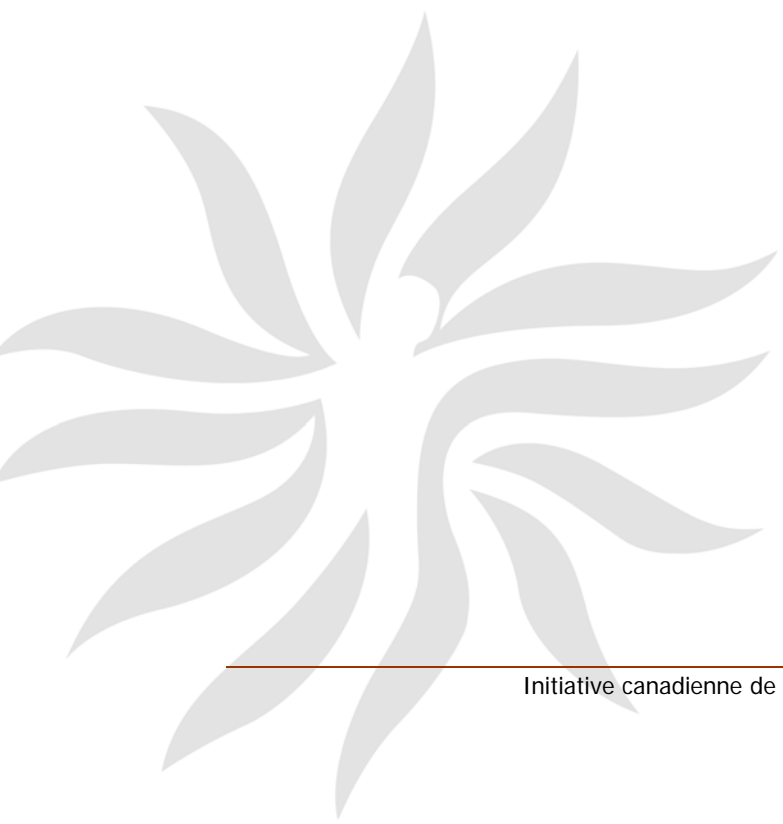
*Travaillant ensemble vers le rétablissement : les usagers, les familles, les aidants naturels et les prestataires de soins* est conçue pour tous les usagers, les familles et les aidants naturels qui désirent en savoir davantage sur la santé mentale et la maladie mentale, sur la façon d'accéder aux services et sur le type de professionnels qui peuvent les accompagner dans leur rétablissement. Cette trousse d'outils offre aussi un aperçu des thérapies complémentaires et des soins personnels ainsi que les contributions et les besoins des aidants naturels. Enfin, cette trousse d'outils comprend un guide permettant de « s'impliquer » qui décrit la façon dont le gouvernement et les conseils d'administration travaillent et pourquoi les usagers et les familles devraient participer.

*Vers le rétablissement : Guide de santé mentale pour les peuples des Premières Nations* est une trousse d'outils qui offre une vue d'ensemble de base de la santé mentale et de la maladie mentale accompagnée d'une section contextuelle exposant les grandes lignes de l'impact des conditions historiques, sociales, économiques et politiques sur la santé mentale de ces peuples. On trouve des outils dans cette trousse permettant de favoriser les soins holistiques.

Renforcer la collaboration par la formation interprofessionnelle :

Une ressource pour la collaboration entre les éducateurs en santé mentale

---



## Introduction

Les techniques de formation et de stage des professionnels de la santé sont des déterminants clés de leur volonté de collaborer. Afin d'évaluer la fréquence des programmes canadiens de formation interprofessionnelle existants qui abordent les soins de santé mentale axés sur la collaboration, McVicar et al. (2005) ont mené deux sondages. Les conclusions aux niveaux de la préautorisation d'exercer et après l'obtention du permis d'exercer suggèrent qu'il y a un manque de programmes dans ce domaine, incitant ainsi à l'élaboration de cette trousse d'outils.



Si vous maîtrisez les concepts et principes de la formation interprofessionnelle et des soins de santé mentale axés sur la collaboration, vous pourriez passer directement à la *Section B : Mise en oeuvre*.

Vous n'êtes pas certain que la formation interprofessionnelle soit pour vous? Consultez l'*Annexe B : Guide de décision*.

**L'objectif de cette trousse d'outils est d'améliorer la santé mentale des gens vivant au Canada en améliorant la formation et les stages interprofessionnels des intervenants clés.** Pour les besoins de cette trousse d'outils, les intervenants clés *ne* se limitent *pas* aux personnes détenant un titre professionnel et peuvent ainsi comprendre : un large éventail de prestataires de soins de santé mentale et primaires, des usagers, des familles et des aidants naturels, des organismes communautaires, des étudiants avant leur obtention du permis d'exercer, des responsables des politiques, des administrateurs et d'autres personnes qui ne détiennent pas nécessairement un titre professionnel. La collaboration dans le contexte des soins de santé mentale axés sur la collaboration accentue le rôle essentiel tenu par les usagers, les familles et les aidants naturels en tant que membres d'une équipe de collaboration efficace.

### Cette trousse d'outils comprend :

1. Une **section théorique** (Section A) : fournit des renseignements généraux sur l'application de la formation interprofessionnelle dans le contexte des soins de santé mentale axés sur la collaboration.
2. Une **section de mise en oeuvre** (Section B) : fournit des activités et des renseignements concrets afin de soutenir la mise en oeuvre d'un atelier de formation interprofessionnelle dans le contexte des soins de santé mentale axés sur la collaboration.
3. Un **guide de décision** (Annexe B) : fournit des questions afin d'aider les facilitateurs d'ateliers à identifier les besoins et la volonté de leur organisme à s'impliquer dans un atelier de formation interprofessionnelle afin d'améliorer la prestation des soins de santé mentale axés sur la collaboration dans les contextes de soins de santé primaires.

### Comment utiliser la trousse d'outils :

- Si vous êtes un **lecteur d'intérêt général** :
  - La Section A fournit une brève vue d'ensemble ainsi qu'une étude des concepts et principes clés de la formation interprofessionnelle relatifs à l'intégration des soins de santé mentale et primaires.
- Si vous êtes un éventuel **facilitateur** d'ateliers :
  - La Section B explique comment organiser et faciliter un atelier.
  - Il est essentiel d'avoir une compréhension approfondie du contenu des Sections A et B avant la mise en œuvre de l'atelier.
  - Il est possible que vous envisagiez de lire du matériel supplémentaire, selon votre maîtrise des concepts et principes présentés dans la Section A.
- Si vous désirez être un **participant** à un atelier :
  - Il vous sera peut-être avantageux de lire la Section A avant d'assister à l'atelier.
  - Il est possible que vous envisagiez de revoir les activités de la Section B.

### Pourquoi la formation interprofessionnelle?

Traditionnellement, les professionnels de la santé ont été formés séparément des autres professionnels. Le contenu et la structure du programme d'enseignement suivent des lignes de démarcation strictes. Les étudiants de différentes professions peuvent effectuer un stage clinique au même endroit, mais les horaires de stage, le temps passé à cet emplacement, la supervision et les ententes avec le centre universitaire de santé sont tous négociés de façon indépendante.

Diverses forces encouragent le mouvement vers la formation interprofessionnelle. Premièrement, les étudiants doivent être en mesure, après leur graduation, de travailler en tant que membres d'une équipe. Par exemple, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada a reconnu l'importance du rôle de « collaborateur » comme une compétence clé dont doivent faire preuve tous les résidents supérieurs avant leur graduation. Deuxièmement, un nombre de rapports clés concernant le système de santé canadien ont aussi souligné le besoin d'une plus grande collaboration impliquant des équipes interprofessionnelles de prestataires de soins de santé (Kirby, 2002; Romanow, 2002; Conseil canadien de la santé, 2005).

### Que sont les soins de santé mentale axés sur la collaboration?

Les termes « soins de santé mentale axés sur la collaboration » désignent des modèles de pratique au sein desquels les usagers, leurs familles et leurs aidants naturels, en collaboration avec des prestataires de soins de santé de divers secteurs des soins de santé mentale et primaires, chacun doté d'une expérience, d'une formation, d'un savoir et d'une expertise différents, travaillent de concert afin de promouvoir la santé mentale et pour

Renforcer la collaboration par la formation interprofessionnelle :

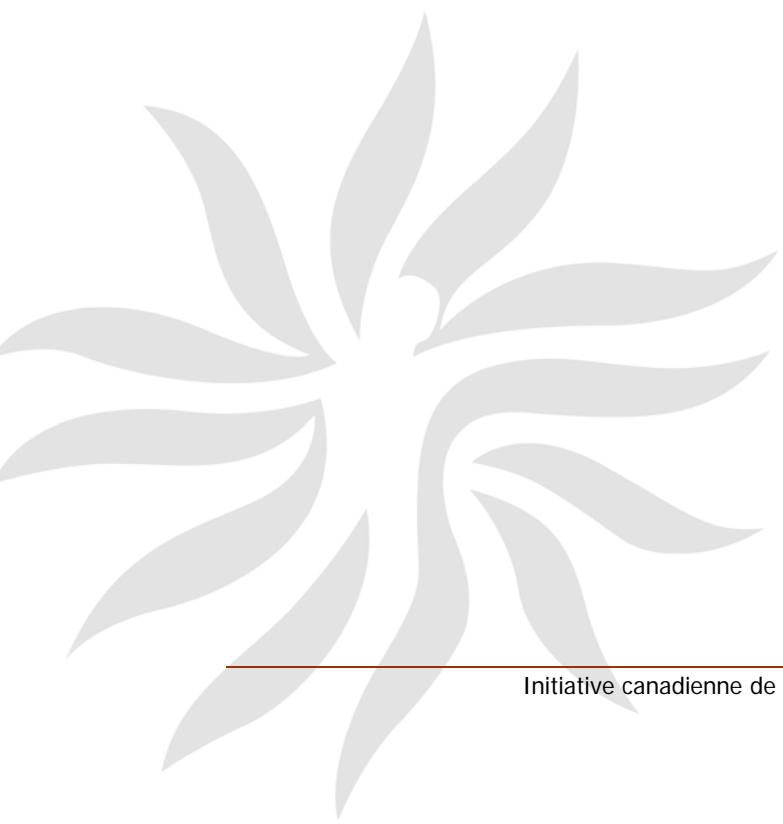
Une ressource pour la collaboration entre les éducateurs en santé mentale

offrir aux personnes nécessitant des soins de santé mentale des services mieux coordonnés et plus efficaces.

De façon semblable à l'implication dans des activités de soins de santé mentale axés sur la collaboration, les possibilités d'inclure des usagers, des familles, des aidants naturels et d'autres personnes qui ne détiennent pas nécessairement un titre professionnel doivent être explorées et encouragées lors de la conception, de la mise en œuvre et de l'évaluation des programmes ou des ateliers interprofessionnels.

Renforcer la collaboration par la formation interprofessionnelle :

Une ressource pour la collaboration entre les éducateurs en santé mentale



## Section A : Contexte

### Unité 1 : Formation interprofessionnelle dans le contexte des soins de santé mentale axés sur la collaboration

#### Messages clés : Unité 1

- ➔ Les soins de santé mentale axés sur la collaboration désignent une approche utilisée afin d'améliorer la prestation des services de santé mentale dans les contextes de soins de santé primaires.
- ➔ La formation interprofessionnelle est une méthode clé utilisée afin de s'assurer que divers collaborateurs améliorent le fonctionnement de l'équipe pour le bénéfice de l'utilisateur.
- ➔ La formation interprofessionnelle développe les connaissances sur les autres professions ainsi que la compréhension de celles-ci en plus de promouvoir le respect nécessaire à une collaboration efficace.

Une approche pratique axée sur la collaboration et qui implique des équipes interprofessionnelles de prestataires de soins de santé offrant des services de soins de santé complets et coordonnés est une façon fondamentale d'améliorer le système de soins de santé canadien (Kirby, 2002; Romanow, 2002; Conseil canadien de la santé, 2005). Au niveau des soins de santé primaires, l'intégration des soins de santé mentale et primaires est une méthode clé permettant de s'assurer que les personnes vivant au Canada ont accès aux services de soins de santé mentale dont elles ont besoin. Les approches des soins de santé mentale axés sur la collaboration rassemblent un large éventail de prestataires de soins de santé mentale et primaires, d'utilisateurs, de familles et d'aidants naturels.

L'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé signale l'importance de changer la façon dont les professionnels des soins de santé sont formés. La *Formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient* a été identifiée dans l'Accord et dans le Budget fédéral de 2003 comme un moyen d'aborder les problèmes de santé et de ressources humaines existants et naissants. Une telle formation est aussi vue comme un mécanisme permettant de s'assurer que les praticiens de soins de



*Unité 3 : Les équipes de soins de santé mentale axés sur la collaboration* s'emploie à explorer les bienfaits des approches interprofessionnelles aux soins de santé mentale pour tous les intervenants, et fournit une description des rôles des usagers, familles et aidants naturels ainsi que divers membres de l'équipe.

santé possèdent les connaissances, les habiletés et les attitudes pour exercer ensemble d'une façon collaborative et efficace (Oandasan et Reeves, 2005a).

## Définir la formation interprofessionnelle

La formation interprofessionnelle a été définie comme un procédé par lequel un groupe d'étudiants/apprenants (ou travailleurs) provenant de professions relatives à la santé et ayant des antécédents scolaires différents étudient ensemble pendant certaines périodes de leur formation afin d'améliorer la collaboration et la qualité des soins (Areskog, 1988; Centre for the Advancement of Interprofessional Education, 1997 révisé). L'ICCSM définit la formation interprofessionnelle comme des « occasions durant lesquelles deux ou davantage de professions apprennent de – et sur – l'une et l'autre afin d'améliorer la collaboration et la qualité des soins. »

La formation interprofessionnelle peut être introduite à deux niveaux principaux, soit avant l'autorisation d'exercer ou après l'obtention du permis d'exercer. La formation *avant l'autorisation d'exercer* a lieu lorsqu'un étudiant/apprenant est dans ses années de formation formelle, soit avant l'obtention du permis pour exercer de façon indépendante. La formation *après l'obtention du permis d'exercer* désigne la formation reçue une fois que le professionnel de la santé exerce de façon indépendante. Cela prend souvent la forme de la formation professionnelle continue, mais pourrait également comprendre l'enseignement au cycle supérieur (p. ex., Maîtrise en sciences infirmières ou Maîtrise en service social) (Oandasan et Reeves, 2005a). Dans le contexte des soins de santé mentale axés sur la collaboration, les activités de formation interprofessionnelle peuvent aussi avoir lieu de façon formelle ou informelle. Les activités informelles ont souvent lieu au niveau pratique lorsque des échanges de connaissances se produisent sur une base régulière entre les prestataires et les futurs prestataires (apprenants) (p. ex., conversations informelles dans les corridors) (Pauzé, Gagné et Pautler, 2005).

Pour les besoins de cette trousse d'outils, il est à noter que les intervenants clés qui doivent être impliqués lors de la planification, de la mise en oeuvre et de l'évaluation des activités de formation interprofessionnelle ne se limitent pas aux professionnels des soins de santé. Les intervenants clés peuvent aussi comprendre : un large éventail de prestataires de soins de santé mentale et primaires, des usagers, des familles et des aidants naturels, des organismes communautaires, des étudiants avant leur obtention du permis d'exercer, des responsables des politiques, des administrateurs et d'autres personnes qui ne détiennent pas nécessairement un titre professionnel. La collaboration dans le contexte des soins de santé mentale axés sur la collaboration accentue le rôle essentiel tenu par les usagers, les familles et les aidants naturels en tant que membres d'une équipe de collaboration efficace.

## Avantages de la formation interprofessionnelle

*« J'ai une meilleure compréhension des rôles et je serai en mesure d'avoir accès à d'autres personnes de façon plus efficace. »*

*Participant à un atelier*

Il a été signalé que la formation interprofessionnelle se traduit par une compréhension accrue des rôles, des responsabilités, des forces et des limites des autres professions (Clark, 1991; Parsell, Spalding et Bligh, 1998; Parsell et Bligh, 1999). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) (1988) rapporte que la formation interprofessionnelle aide à développer une compréhension et un respect mutuels entre les membres d'une équipe de soins de santé. D'autres avantages signalés par Parsell et al. (1998) de même que par Parsell et Bligh (1999) comprennent :

- relations améliorées avec les autres disciplines;
- confiance accrue;
- disparition des stéréotypes; et
- amélioration significative dans les attitudes envers chaque groupe de professionnels.

La formation interprofessionnelle est aussi pressentie pour jouer un rôle important dans le soutien et l'amélioration de la collaboration entre les personnes qui sont impliquées dans des activités de soins de santé mentale axés sur la collaboration (Kates, 2002; Pautler et Gagné, 2005). Cela implique de fournir une formation continue pour les prestataires actuels de soins axés sur la collaboration, de modifier les programmes de stage afin que les futurs professionnels soient informés sur les approches, styles et compétences axés sur la collaboration, de faire la promotion de la collaboration auprès des associations professionnelles, des facultés universitaires et des établissements d'enseignement, d'établir des politiques de soins de santé nationales, régionales et locales favorisant la collaboration, de financer les soins axés sur la collaboration en plus de planifier de façon stratégique au sein des institutions (Pautler et Gagné, 2005).

### **Programme existant**

*L'Université McMaster (Hamilton, Ontario, Canada) offre un composant unique à son « programme de résidence en psychiatrie » dans lequel les résidents apprennent à consulter et à travailler avec des praticiens en soins de santé primaires dans un modèle de « soins partagés » ou de soins de santé mentale axés sur la collaboration.*

*Les services spécialisés et les services de soins ambulatoires de base sont tous deux mis à contribution dans ce programme (p. ex., cabinets de médecins de famille). Les résidents font une supervision directe et indirecte des soins au patient. Le programme est d'une durée de 26 semaines (75 heures).*

Selon Parsell et Bligh (1999), la formation interprofessionnelle :

- fait la promotion de la collaboration interprofessionnelle;
- implique un apprentissage interactif entre les groupes de professionnels;

- développe des connaissances sur les autres professions ainsi qu'une compréhension de celles-ci;
- encourage les professionnels à apprendre avec, de et sur l'autre; et
- respecte l'intégrité et la contribution des autres.

Un composant clé des soins efficaces de santé mentale axés sur la collaboration est la richesse de la collaboration qui a lieu entre les prestataires de soins de santé mentale et primaires. Telles que notées par Pautler et Gagné (2005), certaines occasions pour enrichir la collaboration comprennent :

- l'échange de connaissances entre les prestataires concernant les meilleures pratiques en soins de santé mentale par l'entremise d'initiatives éducatives;
- pendant les études : cours, conférences, séances de tutorat, séminaires, rondes, rotations, conférences ou discussions sur des cas, comités, stages ou remplacements;
- formation continue : ateliers, séminaires, colloques ou présentations;
- matériel de formation : rapports de recherche, études, livres, guides sur le traitement, ou manuels;
- implication de professionnels provenant d'un large éventail de disciplines; et
- communication interdisciplinaire.

En définitive, l'objectif est que la formation interprofessionnelle mène à un fonctionnement accru de l'équipe et, par la suite, à de meilleurs avantages pour l'utilisateur. Par exemple, les avantages d'une équipe interprofessionnelle de soins efficace (pour les usagers) comprennent une coordination accrue des services, une meilleure intégration des soins pour une gamme de besoins de santé et l'implication des usagers en tant que partenaires actifs dans leurs soins (Grant et al., 1995). Les avantages des soins par une équipe interprofessionnelle sont abordés plus en détails dans l'Unité 3.

### **Obstacles et facilitateurs**

Parsell et Bligh (1999) ont identifié les divers obstacles à la formation interprofessionnelle, ces derniers ayant été soutenus par une étude sur les initiatives de formation interprofessionnelle dans les soins de santé mentale axés sur la collaboration au Canada (McVicar et al., 2005). Ce qui suit est un résumé des obstacles et des facilitateurs clés, tels qu'identifiés par McVicar et al. (2005) :

#### ***Programme existant***

*Le cours de « communication thérapeutique » au Medicine Hat College (Medicine Hat, Alberta, Canada) se concentre sur le développement des aptitudes à communiquer ainsi que sur les connaissances et le développement de la conscience de soi.*

*Les participants au cours proviennent d'un large éventail de disciplines telles que : sciences infirmières, ergothérapie, travail social et d'autres spécialités de soutien (p. ex., travailleur de soutien pour les personnes sourdes/aveugles, massothérapeute, auxiliaire médical, conseiller en toxicomanie et aide-thérapeute pour enfants et jeunes). Le cours est d'une durée de 13 semaines (39 heures de théorie, 39 heures de travail en laboratoire).*

### *Avant l'autorisation d'exercer*

- Les **obstacles de taille** comprennent : problèmes d'horaire/calendrier, programme d'enseignement rigide et manque de reconnaissance envers la faculté. D'autres obstacles notés étaient liés au programme d'enseignement, au temps, à l'isolement, à l'administration, aux attitudes, à l'accréditation et aux règlements concernant les permis.
- Les **facilitateurs clés** comprennent : attitudes, soutien interne et externe/collaboration et renforcement des relations des « champions », stages en clinique et apprentissage des services, faculté/enseignement, soutien financier, recherche sur la formation interprofessionnelle et d'autres facteurs relatifs au programme d'enseignement, aux étudiants, aux exigences des professions et à l'administration.

### *Après l'obtention du permis d'exercer*

- Les **obstacles de taille** comprennent : luttes internes, manque de ressources financières et problèmes d'horaire/calendrier. D'autres obstacles comprennent : manque de soutien administratif, accessibilité et contraintes de temps, ressources limitées, base de connaissances limitée, contraintes de programme, limites financières, résistance au ralliement et problèmes logistiques.
- Les **facilitateurs clés** pour les dispositions de stages axés sur la collaboration comprennent : assurer la reconnaissance et le respect de toutes les professions, l'accès au temps et aux ressources, le soutien financier, la communication et la collaboration interprofessionnelles, l'appréciation de la formation, le soutien de la direction et la recherche sur la formation interprofessionnelle.

## **Programmes existants**

*« Une chose que j'ai apprise de ce programme est que les « troubles, les incapacités et la différence » qui sont perçus comme étant de la faiblesse, des inaptitudes et des anormalités par la société et les ignorants ne sont pas des choses à dissimuler ou à propos desquelles nous devrions avoir honte. Les cacher ne fait que contribuer au sentiment d'aliénation et de rejet. La connaissance et la formation effacent ces stéréotypes et cette ignorance. »*

*Étudiant diplômé*

McVicar et al. (2005) ont mené deux sondages sur les programmes de formation interprofessionnelle avant l'autorisation d'exercer et après l'obtention du permis d'exercer qui sont spécifiques aux soins de santé mentale axés sur la collaboration. Les résultats

suggèrent que la majorité des répondants n'étaient pas spécifiquement impliqués dans un programme relatif à ce domaine (environ 64,6 % des répondants avant l'autorisation d'exercer et 43,6 % des répondants après l'obtention du permis d'exercer). Cependant, les circonstances favorables augmentent puisque 33,3 % et 18,1 % des répondants avant l'autorisation d'exercer et après l'obtention du permis d'exercer (respectivement) ont indiqué leur implication dans une forme quelconque de formation interprofessionnelle comprenant un composant en soins de santé mentale axés sur la collaboration. Le document fournit un bref résumé de 30 programmes à travers le Canada.

Au niveau pratique, Pauzé, Gagné et Pautler (2005) indiquent que la majorité des initiatives canadiennes de collaboration en soins de santé mentale actuelles sont impliquées d'une certaine manière dans la formation interprofessionnelle avant l'autorisation d'exercer ou après l'obtention du permis d'exercer. Environ 13,5 % des initiatives rapportent l'implication de résidents, d'étudiants diplômés ou de premier cycle. Dans plusieurs cas, les résidents sont impliqués dans tous les aspects de la prestation des soins aux usagers. De plus, les méthodes suivantes ont été utilisées afin de faciliter l'échange des connaissances entre les membres de l'équipe de collaboration : la dissémination de matériel, des séances interactives ou des consultations mixtes. La méthode la plus courante pour l'échange de connaissances implique des séances interactives (82 pour cent), ce qui comprend : réunions hebdomadaires/mensuelles, discussions informelles de cas, ateliers de formation, conférences ou téléconférences. Pauzé et Gagné (2005) fournissent des descriptions des activités de plus de 90 initiatives canadiennes de collaboration en soins de santé mentale.

#### ***Programme existant***

*Le cours « urgence psychiatrique et intervention en cas de crise » de la Memorial University of Newfoundland (St. John's, Terre-Neuve, Canada) offre un stage aux résidents en médecine familiale. Le cours se concentre sur l'apprentissage de la gestion des urgences psychiatriques et l'intervention en cas de crise (total de 32 heures).*

*Les éducateurs du cours comprennent : médecins de famille, psychologues, psychiatres, travailleurs et travailleuses sociaux et juristes.*

## Unité 2 : Meilleures pratiques pour la formation interprofessionnelle

### Messages clés : Unité 2

Une formation interprofessionnelle réussie requiert :

- une planification axée sur la collaboration par tous les intervenants clés impliqués;
- l'implication de tous les intervenants;
- un objectif visant l'amélioration des connaissances, des habiletés et des attitudes des apprenants à devenir des praticiens et des membres d'une équipe de collaboration; et
- l'implication des usagers, des familles et des aidants naturels et d'autres intervenants clés dans les étapes de planification, de mise en œuvre et d'évaluation.

### Compétences en matière de formation interprofessionnelle

La formation interprofessionnelle n'est pas une fin en soi, mais plutôt un moyen de préparer différents types de personnel en soins de santé, d'usagers, de familles et d'aidants naturels à travailler ensemble. L'interaction est un élément important de la formation interprofessionnelle, plus particulièrement l'interaction entre les apprenants et les éducateurs de différentes professions de soins de santé. L'ouverture de l'apprenant envers la pratique interprofessionnelle axée sur la collaboration est influencée par le développement de certaines compétences. Le Tableau 1 expose un certain nombre de compétences en matière de formation interprofessionnelle représentant des domaines précis de connaissances, d'habiletés et d'attitudes qui ont été identifiées par Barr (1998).

**Tableau 1 : Compétences axées sur la collaboration en matière de formation interprofessionnelle**

1. Décrire clairement aux autres professions le rôle et les responsabilités d'un professionnel.
2. Reconnaître et observer les contraintes relatives au rôle, aux responsabilités et aux compétences d'un professionnel, tout en percevant les besoins dans un cadre de travail élargi.
3. Reconnaître et respecter les rôles, responsabilités et compétences des autres professions en relation avec la nôtre.
4. Travailler avec les autres professions afin d'apporter des changements et de résoudre des conflits lors de la prestation de soins et de traitements.
5. Travailler avec les autres pour évaluer, planifier, fournir et réviser les soins de chaque patient.
6. Tolérer les différences, les malentendus et les défauts des autres professions.
7. Faciliter les conférences sur des cas et les réunions d'équipe interprofessionnelles, etc.
8. Entrer en relation d'interdépendance avec les autres professions.

Remarque : Ce tableau a été adapté de Barr (1998, p.181), tel que cité dans Oandasan et Reeves (2005a).

## Planifier la formation interprofessionnelle

Oandasan et Reeves (2005b) rapportent qu'organiser une formation interprofessionnelle peut être une tâche difficile à accomplir étant donné les nombreux obstacles administratifs ou logistiques. Plus particulièrement, l'organisation de cours avant l'autorisation d'exercer à travers des programmes professionnels de la santé implique de surmonter les « inhibiteurs internes » tels que les inégalités dans le nombre d'étudiants, l'isolement géographique de l'un à l'autre et les différences au niveau des programmes d'enseignement, notamment les conflits d'horaire (Pirrie et al., 1998). Néanmoins, la façon dont la planification et l'organisation de la formation interprofessionnelle sont abordées est déterminante pour sa réussite.

Selon Nasmith et al. (2003), une première étape importante de la planification d'un programme consiste à identifier les intervenants clés de l'initiative et à les impliquer dans la planification et la mise en œuvre et ce, dès le tout début (voir Tableau 2 pour des considérations supplémentaires). Les intervenants clés varient selon les besoins et les objectifs d'un organisme/groupe donné, mais peuvent comprendre :

- Des usagers, des familles et des aidants naturels : ces personnes offrent des habiletés, une expertise et des points de vue importants et uniques.
- Des professionnels de la santé : comprend tous les professionnels qui collaboreront.
- Des cadres supérieurs d'établissements d'enseignement : ils peuvent mettre en place des changements dans les structures de cours, favoriser le soutien de la faculté par l'entremise d'incitatifs universitaires, fournir du financement afin de soutenir la formation interprofessionnelle et jouer un rôle important relativement à la durabilité à long terme des initiatives (Curran, Deacon et Fleet, 2005).
- Des associations professionnelles, des organismes accréditifs de la formation professionnelle continue et des éducateurs du personnel auprès des autorités sanitaires ou d'autres unités de développement organisationnel au sein d'associations patronales. Les partenaires en matière d'accréditation sont particulièrement importants pour les programmes qui ciblent les professions de la santé et pour les personnes pour qui la formation professionnelle continue obligatoire est une exigence afin de renouveler le certificat ou le permis d'exercer (Curran, Deacon et Fleet, 2004).
- Des dirigeants politiques et d'établissements – Gilbert (2005, p.101) suggère que « chaque programme de services à la personne et de santé reconnaisse ultimement que la formation interprofessionnelle représente une petite mais *permanente* partie de son programme d'enseignement, et qu'elle *n'est pas* un

### **Programme existant**

*Le cours d'enseignement médical continu « Psychiatrie pour les médecins de famille » offert par l'Université McMaster (Hamilton, Ontario, Canada).*

*Le cours est d'une durée de 10 mois (20 heures) et cible les médecins de famille dans la communauté. Le cours recourt à un format d'apprentissage basé sur des problèmes.*

ajout, mais bien un composant intégral et nécessaire à la formation des professionnels de la santé et des services à la personne, indépendamment de la discipline. »

« *J'encourage ceux qui ont une incapacité ou une maladie à participer à ce programme ou à un qui lui ressemble. Pour moi, ce fut stimulant et instructif, et ça m'a donné une chance d'aider à instruire ceux qui, un jour, pourraient m'aider.* »

*Éducateur aux usagers*

**Tableau 2 : Problèmes clés lors de la planification d'initiatives de formation interprofessionnelle/de pratique axée sur la collaboration**

1. Quels sont les *facteurs externes/internes* qui influencent l'élaboration de ce programme?
2. Qui sont vos éventuels *partenaires*?
3. Quel est l'*objectif général* de cette activité aux niveaux interprofessionnel et spécifique à une profession?
4. Quelles sont les possibilités dans le contexte d'apprentissage actuel?
  - dans la population étudiée
  - dans le(s) emplacement(s) de pratique
  - avec les apprenants en termes de disciplines et de niveau de formation
  - dans la coordination (horaire, durée du programme)
5. Quels sont les *obstacles/difficultés* que vous prévoyez et comment pouvez-vous les surmonter?
6. Qui sont les *intervenants clés* dans la conception de cette intervention?
  - Comment les impliquerez-vous?
  - Quels seront leurs rôles et responsabilités?
  - Comment développerez-vous la confiance et la cohésion du groupe?
  - Comment assurerez-vous une bonne communication?
  - Comment résoudrez-vous les conflits?
7. Quels sont les *objectifs spécifiques* de cette activité?
  - contenu
  - éléments essentiels de l'interprofessionnalisme
8. Quels sont les *méthodes et les outils d'enseignement* que vous utiliserez pour rendre ces objectifs opérationnels?
9. Comment *évaluerez-vous* cette activité?
  - réaction/satisfaction
  - apprentissage (connaissances, attitudes, habiletés)
  - comportements
  - résultats (impact)
10. Comment assurerez-vous la *durabilité* de ce programme?
  - financement
  - remise en question de la culture

Remarque : Ce tableau a été adapté de Nasmith et al. (2003), tel que cité dans Oandasan et Reeves (2005b).

## Implication de l'apprenant et de l'utilisateur

Les apprenants ainsi que les usagers doivent être perçus comme l'objectif de la formation interprofessionnelle pour la pratique en collaboration centrée sur le patient (D'Amour et Oandasan, 2005). Les apprenants sont au centre du processus de formation interprofessionnelle alors que l'utilisateur est « au centre des soins axés sur la collaboration puisqu'il est la raison à l'origine de l'interdépendance des professionnels » (D'Amour et

Oandasan, 2005, p.15). Le cours « Partage d'expérience de vie avec un handicap » à la Queen's University est un exemple d'implication des usagers dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation d'un programme de formation puisque les usagers participent au conseil consultatif pour le cours, en plus d'agir en tant que tuteurs pour les étudiants et d'être impliqués dans le processus d'évaluation.

Certaines stratégies peuvent être mises en œuvre afin d'assurer la participation des apprenants, des usagers, des familles, des aidants naturels, des représentants des usagers et des organismes de défense en matière de santé à toutes les étapes de l'élaboration et de la mise en œuvre de la formation interprofessionnelle. Par exemple :

- S'assurer que les activités de formation interprofessionnelle sont élaborées en se fondant sur des valeurs centrées sur le patient.
- Impliquer les apprenants en tant que membres des comités de planification ou d'organisation; cela permet à leurs intérêts, besoins, inquiétudes et problèmes d'être considérés durant les étapes d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation.
- Impliquer les usagers, les familles et les aidants naturels (ou les représentants appropriés) en tant que membres des comités de planification ou d'organisation. Leur implication aide à s'assurer que la planification et l'élaboration des activités de formation interprofessionnelle abordent des valeurs et des points de vue centrés sur le patient.
- Mettre sur pied des groupes de discussion et recourir à des méthodes de conférencier invité afin d'inclure les usagers, les familles et les aidants naturels en tant qu'éducateurs dans le programme d'enseignement.
- Élaborer et distribuer du matériel, offrir des séances éducatives et/ou mettre sur pied des centres accessibles où former les usagers, les familles et les aidants naturels sur les états et les maladies afin qu'ils puissent faire des choix éclairés concernant leur implication au sein d'activités de collaboration, leurs options de traitement et leurs soins personnels (Pautler et Gagné, 2005).

#### ***Programme existant***

*Le cours « Partage d'expérience de vie avec un handicap » pour les étudiants en ergothérapie de la Queen's University (Kingston, Ontario, Canada) est un exemple unique d'implication des usagers, des familles et des aidants naturels dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de formation universitaire.*

*Les étudiants du cours sont jumelés avec un bénévole de la communauté de Kingston ayant une incapacité. Le cours est d'une durée de six semaines (36 heures).*

« Le cours permet aux étudiants d'établir une relation d'apprentissage avec un usager qui leur permet d'observer directement une personne vivant avec une incapacité, ainsi que ses défis et succès. [Les étudiants] apprennent de l'expert, soit de la personne vivant chaque jour avec une incapacité, et peuvent utiliser cette perspective comme exemple lors de l'apprentissage des concepts théoriques. »

Coordonnateur de cours diplômé

## Principes clés pour la conception de programme

### Objectifs du programme d'enseignement

L'objectif principal de la formation interprofessionnelle devrait être d'améliorer les connaissances, les compétences/habilités et les attitudes des apprenants à devenir des partenaires de collaboration qui travaillent ensemble d'une manière efficace et axée sur la collaboration pour, en définitive, favoriser le bien-être de l'usager. Harden (1998) suggère donc que l'objectif principal de la formation interprofessionnelle soit de se concentrer sur les connaissances, les compétences/habilités et les attitudes interprofessionnelles. Les planificateurs de la formation interprofessionnelle ne doivent pas confondre le contenu clinique de l'apprentissage avec les objectifs principaux de la pratique axée sur la collaboration. Essentiellement, les étudiants professionnels de la santé peuvent être amenés à étudier ensemble la pratique de la santé mentale axée sur la collaboration. Cependant, à moins qu'ils n'apprennent « comment travailler ensemble » lors de la gestion des problèmes de santé mentale, ils apprendront en parallèle, ce qui est un apprentissage « multiprofessionnel » et non pas « interprofessionnel ». Lorsque les étudiants utilisent un sujet comme la « pratique de la santé mentale axée sur la collaboration » en tant qu'objectif pour apprendre à travailler ensemble, ils sont impliqués dans un apprentissage interprofessionnel (Oandasan et Reeves, 2005a).

### Principes

Les principes suivants doivent être considérés lors de la conception de programmes d'enseignement de la formation interprofessionnelle :

#### **Programme existant**

*Au Sharbot Lake Medical Centre (Kingston, Ontario, Canada), les résidents en médecine familiale sont intégrés à l'équipe de soins de santé mentale axés sur la collaboration.*

*Cette équipe est composée des professionnels suivants : intervenant en toxicomanie, travailleur familial et auprès des enfants, travailleur en santé mentale communautaire, conseiller en déficience développementale, médecin de famille, gestionnaire de cas en gériatrie, travailleur itinérant de la santé mentale de la communauté, infirmier praticien, psychiatre, travailleur social et conseiller pour femmes.*

1. **Objectif précis** : l'équipe d'apprentissage interprofessionnel doit avoir une mission ou un but commun afin de justifier son existence.
2. **Agencement des disciplines** : la façon dont les membres de l'équipe agencent leur propre rôle est essentielle à la manière dont les autres finissent par comprendre leurs rôles.
3. **Communication** : une communication efficace entre les membres d'une équipe mène à une compréhension de la nature de leur discipline ainsi que de celle des autres (Clark, 1991).
4. **Résolution de conflits** : les programmes doivent développer les compétences/habilités à communiquer, les capacités et l'ouverture des étudiants/apprenants à gérer des situations conflictuelles qui surgissent dans le cours d'un travail d'équipe (Parsell et al., 1998; OMS, 1988).
5. **Expériences d'apprentissage pertinentes** : les problèmes/tâches devraient être basés sur l'action de l'équipe ou en bénéficier et devraient pouvoir être résolus ou grandement diminués par l'entremise du travail d'équipe (OMS, 1988). Un composant important de l'apprentissage devrait être fondé sur la pratique clinique (Reeves et Freeth, 2002).
6. **Évaluation** : il est important que les expériences de formation interprofessionnelle soient évaluées d'une façon permettant de démontrer la valeur de l'apprentissage (Oandasan et Reeves, 2005b).
7. **Stratégies d'apprentissage** : les méthodes d'apprentissage qui facilitent l'interaction entre les professionnels de la santé et/ou les étudiants/apprenants de différentes professions sont importantes (Barr, 2002). Un équilibre approprié entre les apprenants provenant de différentes professions est important afin de promouvoir une bonne interaction interprofessionnelle (Oandasan et Reeves, 2005a).
8. **Développement de l'instructeur** : Barr (1996, p. 244) suggère que « le facilitateur interprofessionnel s'habitue à la dynamique de l'apprentissage interprofessionnel, qu'il soit habile dans l'optimisation des possibilités d'apprentissage et qu'il accorde de la valeur à l'expérience et à l'expertise distinctes de chacune des professions participantes. »
9. **Coordination** : afin d'obtenir le « meilleur résultat », la formation interprofessionnelle formelle devrait être introduite tôt dans le programme d'enseignement de base ou de premier cycle, poursuivie tout au long du programme, puis renforcée lors de la formation supérieure et continue. Recourir à la formation interprofessionnelle tout au long du programme d'enseignement assure :
  - une continuité;
  - une progression graduelle allant de problèmes et d'habiletés simples à de plus complexes;
  - l'acquisition de l'habitude à recourir à une approche interdisciplinaire; et
  - une meilleure appréciation de la valeur de la formation interprofessionnelle et du travail d'équipe interdisciplinaire.

## Unité 3 : Équipes de soins de santé mentale axés sur la collaboration

### Messages clés : Unité 3

- ➔ Une approche d'équipe interprofessionnelle permet aux prestataires de contribuer selon leurs domaines d'expertise respectifs et de créer un environnement de soins novateurs.
- ➔ Il y a des avantages uniques aux soins fournis par une équipe interprofessionnelle autant pour les usagers, les prestataires, les éducateurs et les étudiants ainsi que pour le système de prestation des soins.
- ➔ Les personnes impliquées dans l'équipe de collaboration dépendent des besoins et des désirs de l'usager.
- ➔ Les rôles des membres de l'équipe sont dynamiques.
- ➔ L'élaboration d'un plan de soins requiert une approche holistique (considérant l'étendue de la promotion de la santé, de la prévention de la maladie, du traitement, du rétablissement, etc.)

### Travail d'équipe lors de la prestation des services

Drinka (1996) décrit une équipe interprofessionnelle de soins de santé comme un groupe de professionnels de la santé provenant de différentes professions qui s'impliquent au sein d'une collaboration planifiée et interdépendante. Dans le contexte des soins de santé mentale axés sur la collaboration, l'éventail des professionnels peut comprendre :

diététistes, médecins de famille, infirmiers en santé mentale, ergothérapeutes, infirmiers autorisés, infirmiers psychiatriques autorisés, travailleurs sociaux, pharmaciens, psychiatres et psychologues. **Les usagers, les familles et les aidants naturels sont aussi considérés comme des membres à part entière de l'équipe de collaboration** et devraient être impliqués dans la planification, l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes de formation interprofessionnelle et d'activités de soins de santé mentale axés sur la collaboration.

Les approches interprofessionnelles des soins de l'utilisateur sont pressenties comme ayant le potentiel pour améliorer les

Remarque : *Collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires. Une trousse d'outils de l'ICCSM sur la planification et la mise en œuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs* est un guide pour les prestataires qui souhaitent établir ou améliorer les services de santé mentale qu'ils fournissent par l'entremise de la collaboration. Veuillez consulter cette trousse d'outils (disponible au [www.iccsm.ca](http://www.iccsm.ca)) pour une étude approfondie sur le travail d'équipe.



### Mise en œuvre

Référez-vous à la Section B, Activité 2 :  
« *Apprécier les rôles des membres de l'équipe* »

relations professionnelles, l'efficacité et la coordination et, en définitive, les résultats de l'utilisateur et de la santé (Wee et al., 2001; Reeves et Freeth, 2002; Cullen, Fraser et Symonds, 2003). Les soins fournis aux usagers par une équipe interprofessionnelle sont améliorés par l'intégration des idées et des expertises variées sur les besoins de l'utilisateur et sur les stratégies d'intervention qui ne seraient pas possibles sans la perspective collective de l'équipe. Craven et Bland (2006) fournissent un résumé des meilleures pratiques pour les soins de santé mentale axés sur la collaboration et définissent les niveaux faible, moyen et élevé de la collaboration dans ce contexte (voir Tableau 3).

**Tableau 3 : Niveaux de collaboration**

Niveaux de collaboration	Haut	Moyen	Moyen	Faible	Faible	Faible
Co-emplacement des services	XX	X	X	X		
Consultation avec rétroactions officielles au prestataire de soins primaires	XX	X	X	X		
Relation continue	XX				X	
Occasions de discussion et de révision de cas	XXX	X				
Évaluation, prise de décision ou planification du traitement partagées	XXX					
Activités cliniques déléguées impliquant une rétroaction informative sur le patient au prestataire de soins primaires			X			
Activités cliniques désignées n'impliquant pas de rétroactions au prestataire de soins primaires						X

Remarque : adapté de Craven et Bland (2006).

### Les équipes interprofessionnelles de soins de santé efficaces se caractérisent comme suit :

- les membres fournissent des soins à un groupe commun d'utilisateurs;
- les membres élaborent des objectifs communs concernant les résultats de l'utilisateur et travaillent vers la réalisation de ces objectifs;
- les rôles et fonctions appropriés sont assignés à chaque membre et chacun comprend le rôle des autres;
- l'équipe possède un mécanisme de partage de l'information; et
- l'équipe possède un mécanisme pour surveiller la prise en charge des plans, pour évaluer les résultats et pour faire des ajustements selon les résultats de ces derniers.

### Les principes clés d'un travail d'équipe interprofessionnelle en soins de santé efficace comprennent ce qui suit (Grant et al., 1995) :

- l'objectif des membres de l'équipe doit concerner les besoins du patient plutôt que les contributions individuelles des membres de l'équipe;

- un aspect important des soins de santé primaires est la communication avec les patients (un principe essentiel partagé par tous les professionnels de la santé);
- la collaboration exige de dépendre des autres *et* de collaborer aux idées des autres afin de résoudre un problème commun;
- les membres de l'équipe doivent respecter et comprendre les rôles en plus de reconnaître les contributions des autres membres de l'équipe;
- les équipes travaillent au sein des organismes et assurent le lien entre eux-ci; et
- les personnes ont des attentes réalistes envers les autres membres de l'équipe, ce qui aide à éviter toute ambiguïté concernant le rôle, les conflits et le chevauchement des rôles.

**Les avantages des soins fournis par une équipe interprofessionnelle bénéficient aux usagers, aux prestataires, aux éducateurs et aux étudiants ainsi qu'au système de prestation des soins** (Grant et al., 1995) :

*Usagers*

- améliore les soins en augmentant la coordination des services;
- intègre les soins de santé pour un large éventail de besoins de santé;
- permet aux usagers d'être des partenaires actifs dans leurs soins;
- peut offrir des services spécifiques aux usagers ayant divers antécédents culturels; et
- utilise le temps plus efficacement.

*Prestataires*

- augmente la satisfaction professionnelle grâce à des objectifs de soins plus clairs et plus appropriés;
- facilite un changement de priorités allant des soins de courte durée et épisodiques vers des soins de prévention à long terme et la gestion des maladies chroniques;
- permet au prestataire d'acquérir de nouvelles compétences et approches des soins;
- fournit un environnement propice à l'innovation; et
- permet aux prestataires de se concentrer sur leurs domaines d'expertise individuels.

*Éducateurs et étudiants*

- offre de multiples paradigmes de soins de santé à étudier;
- favorise l'appréciation et la compréhension des autres disciplines;
- modélise des stratégies pour la pratique future;
- fait la promotion de la participation de l'étudiant; et
- défie les normes et les valeurs de chaque discipline.

*Système de prestation des soins*

- augmente le potentiel pour une prestation des soins plus efficace;
- maximise l'usage des ressources et des installations; et
- diminue le fardeau des établissements de soins actifs de courte durée résultant d'une prévention accrue et d'interventions éducatives aux usagers.

## Rôles des membres de l'équipe

Une approche de la prestation de services de santé mentale basée sur l'équipe est conçue afin de s'assurer que les usagers reçoivent des soins coordonnés et de qualité. Au niveau des soins de santé primaires, les approches des soins de santé mentale axés sur la collaboration peuvent impliquer plusieurs personnes, selon les besoins et les désirs de l'utilisateur. Il importe de noter que les rôles des membres de l'équipe sont dynamiques et qu'ils doivent être considérés selon le contexte. La majorité des descriptions de rôles suivantes ont été adaptées de la trousse d'outils de l'ICCSM intitulée *Travaillant ensemble vers le rétablissement : les usagers, les familles, les aidants naturels et les prestataires* (disponible au [www.iccsm.ca](http://www.iccsm.ca)).

### La personne ayant la maladie mentale (usager)

[www.camimh.ca](http://www.camimh.ca)

[www.cmha.ca](http://www.cmha.ca)

Les personnes atteintes d'une maladie mentale ne sont pas toujours heureuses de se faire appeler « patient » ou « client » parce que ces termes ne reconnaissent pas l'importance de leur rôle dans leur propre rétablissement. « Usager » est un terme utilisé afin de souligner un rôle plus important dans le partenariat vers le rétablissement.<sup>1</sup>



L'ICCSM a élaboré une trousse d'outils pour les usagers, les familles et les aidants naturels. Elle contient des renseignements et des ressources précieux afin de soutenir l'implication de ces personnes au sein des équipes de collaboration. Cette trousse est disponible au [www.iccsm.ca](http://www.iccsm.ca).

La personne ayant une maladie mentale est un participant essentiel à l'équipe et doit jouer un rôle clé dans le traitement, le rétablissement et la prise de décisions. L'utilisateur a un rôle important à jouer dans la recherche d'information ainsi que pour se tenir informé, mais également dans la recherche de ressources et de soutien dans la communauté; celui-ci doit être attentif, honnête et exprimer ses sentiments, tout en collaborant avec les prestataires de soins de santé afin de s'assurer de recevoir des soins de qualité.

### Les membres de la famille, les amis et les aidants naturels

[www.amiquebec.org](http://www.amiquebec.org)

[www.schizophrenia.ca](http://www.schizophrenia.ca)

La famille peut être composée de parents, dans le sens habituel donné au terme « famille ». La famille peut toutefois comprendre également des amis proches, un partenaire du même sexe ou une communauté entière. Un aidant naturel est une personne qui tient suffisamment à l'utilisateur pour s'impliquer personnellement et de façon positive

---

<sup>1</sup> Ceux qui sont les plus malheureux avec le traitement formel se sont donnés le nom de survivants psychiatriques.

dans les soins de l'utilisateur. Remarque particulière : Ce ne sont pas toutes les familles qui aident et soutiennent. Certaines ont abusé de la situation et ont fait preuve de rejet.

### **Groupes d'entraide et de soutien**

[www.mooddisorderscanada.ca](http://www.mooddisorderscanada.ca)

[www.selfhelpconnection.ca](http://www.selfhelpconnection.ca)

[www.nnmh.ca](http://www.nnmh.ca)

[www.selfhelpnetwork.org](http://www.selfhelpnetwork.org)

[www.heretohelp.bc.ca](http://www.heretohelp.bc.ca)

[www.selfhelp.on.ca](http://www.selfhelp.on.ca)

[www.dbsalliance.org](http://www.dbsalliance.org)

[www.thedreamteam.ca](http://www.thedreamteam.ca)

[www.cmha.ca](http://www.cmha.ca)

[www.ourvoice-notrevoix.com](http://www.ourvoice-notrevoix.com)

[www.schizophrenia.ca](http://www.schizophrenia.ca)

L'entraide, c'est les gens qui s'aident entre eux. Son premier avantage pour les usagers est la connexion, soit de leur apprendre qu'ils ne sont pas seuls. Le soutien par les pairs, c'est de l'entraide mais cela comprend l'aide d'une personne à une autre; une relation dans laquelle une personne qui est déjà passée par « là » vient en aide à une personne nouvellement diagnostiquée, en crise ou qui vient de sortir de l'hôpital. Les pairs donnent des conseils pratiques pour tous les jours parce qu'ils ont vécu une expérience semblable. Les travailleurs offrant des services d'entraide peuvent être des bénévoles, mais ils sont de plus en plus embauchés en tant que paraprofessionnels payés et associés aux services de santé mentale ou à des organismes d'entraide. Dans ce rôle plus formel, ils peuvent donner des conseils, des avis sur des ressources et des orientations vers des services qui aideront les usagers.

Certains groupes d'entraide et de soutien par les pairs défendent les droits, se rendant jusqu'aux politiciens et aux fonctionnaires du gouvernement qui s'occupent des politiques afin de discuter des questions qui affectent la qualité de vie de leurs membres. Ils peuvent aussi parler dans des écoles et des groupes communautaires ou tenir des foires d'information et de ressources afin d'aider à informer le grand public sur la santé mentale et la maladie mentale.

### **Les professionnels de la santé mentale de la communauté**

#### ***Bénévoles offrant des services d'entraide***

Les gens qui ont eu une maladie mentale ou qui sont des membres de famille peuvent se porter volontaire pour aider les autres ou ils peuvent être des paraprofessionnels payés. Ils travaillent au sein d'organismes d'usagers ou de familles ou dans des services de santé mentale gérés par des professionnels. Ils peuvent être appelés de différentes façons telles que pair-défenseur, pair-conseiller et pair-travailleur de proximité, mais ils ont tous une chose en commun : ils sont passés par « là ».

#### ***Conseillers en orientation professionnelle***

Certains programmes aident les usagers à terminer leurs études et/ou à développer leurs aptitudes pour travailler. Puis, ils les soutiennent dans leur démarche pour trouver et garder un emploi. Les conseillers en orientation professionnelle travaillent aussi avec les employeurs afin de trouver des emplois pour les gens et de s'assurer que les employés sont informés sur la maladie mentale.

Certains autres noms pour les professionnels qui jouent ces rôles, tels que décrits plus haut, sont National Native Alcohol and Drug Abuse Prevention Worker (NNADAP Worker), thérapeute en santé mentale, travailleur pour le mieux-être, travailleur pour le développement communautaire et social, intervenant en toxicomanie ou autres travailleurs. Ce qui est important, c'est de leur demander ce qu'ils font et non pas comment ils se font appeler.

### *Équipes de traitement communautaire dynamique*

Les équipes de traitement communautaire dynamique sont formées de psychiatres, d'infirmières et d'infirmiers ainsi que de travailleuses et de travailleurs sociaux. Si un usager est atteint d'une maladie mentale grave, il peut être référé à une telle équipe afin de pouvoir vivre confortablement et de façon sécuritaire à l'extérieur de l'hôpital et de façon aussi indépendante que possible. Les équipes de traitement communautaire dynamique l'aideront à surveiller ses médicaments, le référeront à d'autres services et resteront en contact étroit avec l'usager lors de visites régulières pour aussi longtemps que ce dernier, l'équipe et sa famille seront d'accord sur le fait qu'il en a besoin.

### *Gestionnaires de cas*

Les gestionnaires de cas travailleront aussi avec les usagers sur une base à long terme. Certains donnent des conseils. D'autres aideront les usagers à trouver un logement et des services de soutien communautaires et assureront la coordination de ces services afin que tous travaillent en équipe. Ils aideront les usagers à rester à l'extérieur de l'hôpital en travaillant avec eux afin de prévenir une récurrence de leur maladie. Il est probable que les usagers voient leur gestionnaire de cas chaque semaine et il sera souvent en mesure de les visiter chez eux plutôt que ceux-ci aient à se déplacer à son bureau. Les gestionnaires de cas travaillent aussi dans des tribunaux juridiques en matière de santé mentale et aident les gens à recevoir des traitements si les charges retenues sont mineures et directement liées à une maladie mentale.

### *Travailleurs à l'intervention d'urgence*

Ce ne sont pas toutes les communautés qui ont des services d'intervention en cas de crise mais pour celles qui en ont, les travailleurs à l'intervention d'urgence (pas tout le temps, mais la plupart du temps) travaillent avec une équipe mobile qui se rendra à la résidence de l'usager en cas d'urgence. Parfois, les policiers peuvent être les premières personnes à arriver sur les lieux mais si la crise est liée à la maladie mentale de l'usager, ils appelleront un travailleur à l'intervention d'urgence (ou un travailleur se présentera avec eux) qui est spécialement formé pour aider. Certaines communautés ont des programmes d'intervention en cas de crise que l'usager ou sa famille peut appeler directement. Cette approche est moins troublante pour l'usager que d'avoir des policiers dans sa maison. Le travailleur à l'intervention d'urgence reste avec l'usager jusqu'à ce qu'il se sente mieux et fait ensuite un suivi pendant les quelques jours ou semaines suivants la crise pour s'assurer que l'usager est orienté vers des services afin qu'il évite une crise dans le futur.

### ***Travailleurs en habitations***

Si un usager vit dans un logement supervisé, il peut y avoir un personnel qui y travaille pour l'aider à s'installer et à connaître ses voisins. Les travailleurs en habitations organisent souvent des réunions de locataires, des événements mondains ou des groupes de travail pour effectuer des tâches courantes (si les locataires doivent aider). Certains logements ont du personnel 24 heures par jour, sept jours sur sept. Dans d'autres cas, le personnel est disponible sur appel ou à des heures précises.

### **Autres professionnels qui peuvent vous aider**

#### ***Art-thérapeutes et musicothérapeutes***

Certaines personnes trouvent que l'expression créative contribue à leur rétablissement. La thérapie par l'art permet aux gens de gérer leurs émotions accablantes d'une autre façon que de parler de celles-ci. Les art-thérapeutes aident aussi les personnes à découvrir leur côté créatif et à le lier à leur bien-être psychologique et mental. Certains parrainent des expositions d'art où les œuvres sont exposées et vendues. Les musicothérapeutes savent que le cœur est touché par la musique. Créer ou écouter de la musique est apaisant.

#### ***Psychothérapeutes***

Les psychothérapeutes peuvent avoir beaucoup d'antécédents professionnels. La psychothérapie n'est pas une profession de santé enregistrée (il n'y a aucun organisme de réglementation formel); les usagers doivent donc être certains que la personne qu'ils consultent possède une formation adéquate. Les psychothérapeutes ont une grande variété d'approches de travail. Il est à noter que seuls les médecins de famille ou les psychiatres sont payés par Medicare. Les autres psychothérapeutes doivent facturer des frais (sauf s'ils travaillent pour un hôpital ou un organisme communautaire). Consultez le site [www.aboutpsychotherapy.com](http://www.aboutpsychotherapy.com), soit un site britannique qui offre de l'information sur les modèles de psychothérapie et ce qu'ils peuvent faire pour vous.

### **Pour les personnes qui travaillent**

#### ***Programmes d'aide aux employés (PAE)***

Beaucoup de milieux de travail offrent maintenant aux employés, comme faisant partie de leur forfait de prestations de santé, du counselling confidentiel pour des problèmes émotionnels, maritaux, de santé mentale et de toxicomanie. Bien que les sessions soient limitées (environ six par employé), les conseillers du PAE peuvent orienter les employés vers des services communautaires et du counselling sur une période de temps plus longue. Certains PAE offrent de la formation en milieu de travail sur des sujets comme le mieux-être, la reconnaissance des signes d'une maladie mentale et l'accommodation.

### **Professionnels de la santé autorisés**

#### ***Diététistes***

[www.dietitians.ca](http://www.dietitians.ca)

La nutrition joue un rôle clé dans la santé mentale, ce qui comprend le rétablissement d'une consommation abusive de drogues et d'alcool, des troubles de l'humeur et de

L'alimentation ainsi que du combat des effets secondaires reliés à certains médicaments psychiatriques. La gestion du poids, le diabète, la concentration sanguine affectant la maladie du cœur, l'hypertension artérielle, les brûlements d'estomac/reflux, les allergies alimentaires, les problèmes de déglutition et l'accès à de la bonne nourriture sont seulement quelques-uns des problèmes que les diététistes peuvent aborder. Les diététistes peuvent être accessibles via des cliniques externes, des centres de soins à domicile et par l'entremise de programmes de santé mentale. Les Diététistes du Canada ont un site Web convivial au [www.dietitians.ca](http://www.dietitians.ca) (bilingue) qui contient des ressources pour manger sainement et des directives sur la façon de trouver un professionnel de la nutrition. La ligne sans frais du Réseau de diététistes conseils (1-888-901-7776) est aussi disponible afin de fournir une orientation vers des diététistes en cabinet privé. En Colombie-Britannique, il y a une ligne « Dial-A-Dietitian » (1-800-667-3438) qui fournit des réponses aux questions relatives à la nutrition.

### ***Ergothérapeutes***

[www.caot.ca](http://www.caot.ca)

Les ergothérapeutes aident les usagers à identifier les activités quotidiennes dans leur vie qui sont importantes pour eux, mais qui leur causent des difficultés. Ils travaillent étroitement avec les usagers afin de développer des façons de surmonter ces difficultés. Ils abordent un large éventail d'activités telles que les autosoins et la vie en communauté de même que l'éducation, le travail, le rôle parental, les loisirs et la détente. Ils évaluent pourquoi des problèmes se présentent et suggèrent des approches afin de pallier ces difficultés. Certains problèmes que les usagers peuvent avoir peuvent être liés à la concentration ou à la mémoire, à des difficultés d'organisation, à la difficulté de faire des plans pour retourner au travail ou à négocier avec leur employeur des avantages au travail. Une autre chose que les ergothérapeutes peuvent faire est de développer (avec l'usager) un tableau d'activités qui fait la promotion du succès en attaquant ses défis quotidiens, mais qui soutient aussi sa santé mentale et son bien-être.

### ***Infirmières et infirmiers autorisés***

[www.cna-nurses.ca/cna/](http://www.cna-nurses.ca/cna/)

Les infirmières et infirmiers autorisés travaillent dans plusieurs emplacements à travers tout le système de soins de santé. Ils aideront les usagers concernant tous leurs besoins de santé, dont certains sont liés à leur maladie mentale. Les infirmières et les infirmiers peuvent conseiller les usagers, aider à surveiller leurs médicaments, les orienter, les défendre ainsi que les informer sur une vie en santé. Certains occupent des rôles dans la communauté tels que gestionnaires de cas ou travailleurs à l'intervention d'urgence. D'autres ont une formation avancée et sont appelés infirmières et infirmiers praticiens. Travaillant en consultation avec un médecin, ces infirmières et infirmiers offrent un éventail plus grand de services de santé, ce qui comprend le diagnostic et la prescription de certains médicaments, soit des actions que seuls les médecins étaient habituellement en mesure de poser.

### ***Infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés***

[www.cfmhn.org](http://www.cfmhn.org)

[www.psychiatricnurse.ca](http://www.psychiatricnurse.ca)

Les infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés fournissent des soins de santé aux personnes dans des contextes variés. Ils se concentrent sur la santé mentale et développementale des personnes dans le contexte de santé générale et dans le cheminement de vie. Leur formation porte une attention particulière sur la santé mentale et la maladie mentale. Leurs connaissances et leurs compétences comprennent l'évaluation des besoins, la planification de programme et les interventions thérapeutiques. Ils exercent là où les gens vivent, travaillent et jouent ainsi que dans des hôpitaux et des cliniques/services dans la communauté. Ils sont souvent la seule ressource en santé mentale disponible au sein d'une communauté rurale ou isolée et travaillent donc en étroite relation avec les autres membres de la communauté afin de satisfaire les divers besoins en santé mentale de ses habitants.

Ce sont des infirmières et des infirmiers spécialement formés pour aider les personnes atteintes d'une maladie mentale. Ils travaillent dans des services de santé mentale, autant dans les hôpitaux que dans la communauté. Ils peuvent fournir à l'utilisateur ainsi qu'à sa famille et ses aidants naturels de la formation, des évaluations, une planification de traitement et des conseils en plus d'être formés pour aider l'utilisateur à surveiller ses médicaments.

### ***Médecins de famille***

[www.cfpc.ca](http://www.cfpc.ca)

Le médecin de famille est un médecin personnel et le défenseur de la santé de la naissance jusqu'au troisième âge. Après avoir obtenu un diplôme en médecine, le médecin de famille a reçu une formation supplémentaire sur le diagnostic et le traitement d'un large éventail de problèmes de santé et a appris à fournir des soins dans différents contextes (hôpital, clinique, domicile) avec d'autres prestataires de soins de santé. Cette expertise permet au médecin de famille d'épauler l'utilisateur pour les petits problèmes ainsi que pour les plus gros problèmes de santé qui sont reliés autant à sa santé physique qu'à sa santé émotionnelle. Le médecin de famille peut aussi travailler avec l'utilisateur afin de minimiser ses risques de devenir malade et de le conseiller sur les meilleures façons de procéder pour demeurer en santé. Le médecin de famille fait partie d'un réseau de professionnels de la santé et peut aider l'utilisateur à avoir accès aux soins dont il a besoin.

### ***Pharmaciens***

[www.pharmacists.ca](http://www.pharmacists.ca)

Les pharmaciens remplissent plusieurs rôles pour l'utilisateur, ce qui comprend celui de clinicien, d'éducateur, de source d'information et de fournisseur de médicaments. En tant que cliniciens, les pharmaciens travaillent afin de s'assurer que l'utilisateur prend le bon médicament, au bon dosage et pour la bonne raison, et qu'il ne prend pas des médicaments dont il n'a pas besoin. Ils fournissent des conseils sur la façon de

commencer, de continuer, de combiner, de changer et d'arrêter les médicaments, et de surveiller les bienfaits et les réactions indésirables liés au traitement. Les pharmaciens informent les usagers et les autres membres de l'équipe de soins de santé axés sur la collaboration des problèmes liés aux médicaments, soit individuellement ou en contextes plus formels de formation de groupe.

En tant que professionnels de la santé très accessibles, les pharmaciens sont bien placés pour répondre aux questions des usagers et de leurs aidants naturels ainsi qu'à celles de leurs collègues de collaboration. C'est un rôle particulièrement crucial si l'on considère la nature complexe du traitement pharmacologique des maladies mentales. Le rôle le plus connu des pharmaciens est celui d'exécuter des ordonnances. Il est important que les usagers s'assurent que leurs pharmaciens sont au courant de tous leurs médicaments afin de s'assurer que les résultats voulus soient atteints et que les réactions indésirables telles que l'interaction de médicaments soient évitées. Cela est plus facilement réalisable lorsque les usagers se procurent toutes les ordonnances et les autres médicaments à la même pharmacie.

### ***Psychiatres***

[www.cpa-apc.org](http://www.cpa-apc.org)

Un médecin de famille peut référer un usager à un psychiatre afin de l'aider dans le diagnostic et à trouver le bon médicament pour l'usager. Le psychiatre impliquera la famille ou l'aidant naturel de l'usager à sa demande et recommandera son plan de traitement. Les psychiatres fournissent aussi des consultations aux médecins de famille et aux services de santé mentale de la communauté. Dans le cas d'une consultation, l'usager pourrait ne pas voir lui-même le psychiatre, mais il sera en arrière-plan à travailler pour l'usager.

### ***Psychologues***

[www.cpa.ca/Psychologist/psychologist.htm](http://www.cpa.ca/Psychologist/psychologist.htm)

Les psychologues évaluent et font le diagnostic des problèmes psychologiques, parfois en utilisant des tests psychologiques. Ils offrent aussi de la psychothérapie, ce qui peut aider les usagers à comprendre pourquoi ils pensent, agissent et se sentent de cette façon. Et si les usagers sont en détresse, ils les aideront à comprendre comment ils peuvent apporter des changements dans leur vie. Certains psychologues travaillent pour des hôpitaux, des cliniques, des prisons ou des conseils scolaires où leurs services sont couverts par l'assurance-santé publique. D'autres travaillent dans des cabinets privés où ils facturent des frais pour leurs services. Si vous êtes employés et que vous avez un régime de prestations de maladie, il peut couvrir de 500 \$ jusqu'à 1000 \$ par année pour les services d'un psychologue autorisé.

### ***Travailleuses et travailleurs sociaux***

[www.casw-acts.ca](http://www.casw-acts.ca)

Les travailleuses et travailleurs sociaux aident en ce qui concerne les problèmes personnels des usagers dans le contexte de leurs relations, de leur famille, de leur

communauté et de leurs antécédents (pauvreté, traumatisme à l'enfance, violence domestique, marginalisation, héritage culturel et plusieurs autres situations qui sont uniques aux usagers). Certains fournissent des conseils ou de la psychothérapie. Il y en a beaucoup qui occupent un poste qui consiste à connaître les services dans la communauté de l'utilisateur, avec sa contribution, à le référer à ceux qui l'aideront à vivre de façon indépendante. Leurs rôles dans les organismes de santé mentale ou dans les hôpitaux comprennent l'enseignement de la santé, le traitement et les services de réadaptation en plus de travailler avec les personnes, les couples, les familles et/ou les groupes communautaires.

## Planification des soins interprofessionnels

Une équipe interprofessionnelle qui élabore des plans de soins pour les usagers doit être en mesure d'approcher les soins de façon holistique, de considérer les besoins de l'utilisateur ainsi que d'identifier et d'intégrer des renseignements importants (Hyer et al., 2003).

**L'habileté de chaque discipline à contribuer au plan de soins dépend de la compréhension des besoins, des problèmes et des objectifs de l'utilisateur par chacun des membres de l'équipe.** L'équipe peut convenir que la « santé optimale » est l'objectif pour l'utilisateur. Cependant, les moyens d'accomplir ou d'atteindre l'objectif peuvent différer d'une profession à l'autre. Ces différences sont en partie le résultat des antécédents de formation, d'expertise et d'approches de chaque discipline concernant la résolution de problèmes et les soins de l'utilisateur. Ces différences sont un élément important de la collaboration interprofessionnelle étant donné que des perspectives uniques permettent aux membres de l'équipe de voir et d'approcher les problèmes de façons nouvelles. Les points de vue et l'expertise variés doivent être acceptés et respectés par l'équipe et intégrés au sein de l'approche interprofessionnelle des soins de l'utilisateur.



### Mise en oeuvre

Référez-vous à la Section B, Activité 1 :  
« *Étapes de l'évaluation des besoins du patient/client* »

### Tenue des dossiers

Un plan de soins interprofessionnels, qu'il soit élaboré pour un usager seul ou pour une communauté, ne fonctionnera pas à moins que l'équipe dispose d'un système pour consigner et surveiller qui sera responsable de quoi et à quel moment. Cette tenue de dossiers doit être effectuée avant la fin des réunions d'équipe et ces dossiers doivent être accessibles à tous les membres de l'équipe afin de leur rappeler leurs tâches/responsabilités. De plus, l'équipe doit avoir en place un système (formel et informel) pour communiquer les étapes du plan entre les réunions d'équipe. Certaines communications peuvent être informelles, notamment lorsque différentes professions échangent entre elles, au besoin.

## Modèles de soins

Trois modèles de soins efficaces sont utilisés d'emblée dans les soins de santé mentale. Ces modèles devraient être accentués dans la formation interprofessionnelle dans le contexte des soins de santé mentale axés sur la collaboration et devraient être considérés lors de la conception d'un plan de soins interprofessionnels.

### Soins holistiques

Dans un modèle holistique orienté vers l'objectif, la santé n'est pas définie comme un résultat, mais plutôt comme un processus. Dans le cadre de ce processus, les professionnels des soins de santé doivent entrer en contact avec l'utilisateur et, suite à ce dialogue, une relation de collaboration se développe au sein de laquelle un plus grand éventail de professionnels de la santé sont invités à partager la réalisation des objectifs de santé de la personne. L'on fait aussi référence aux « soins centrés sur le patient » lorsqu'il s'agit du modèle holistique de soins qui a été décrit comme le point où les soins cliniques sont coordonnés à travers un continuum d'emplacements et de services.

Un modèle holistique orienté vers l'objectif repose sur les a priori suivants (Clark, 1995) :

- la santé doit, en définitive, être définie par chaque individu et cette définition peut être différente pour chacun ainsi que pour la même personne, à des moments différents;
- les objectifs de santé d'une personne peuvent être mieux identifiés par l'entremise d'un dialogue impliquant l'individu et son ou ses prestataire(s) de soins de santé, chacun utilisant les renseignements particuliers qu'il apporte pour poursuivre la relation;
- l'élaboration des objectifs de santé requiert l'évaluation des forces et des ressources de la personne, de son intérêt, de ses besoins et valeurs personnelles, ainsi que l'identification des obstacles et défis;
- les décisions finales concernant les priorités des objectifs de santé et la quantité d'efforts consacrés à leur accomplissement doivent reposer entre les mains de l'individu; les professionnels de la santé doivent décider si leur implication sera bénéfique et comment ils doivent participer; et
- le succès pour l'individu et le professionnel de la santé est déterminé selon le niveau d'atteinte des objectifs de santé de l'individu.

### Le paradigme du rétablissement

Un autre modèle qui pourrait être considéré dans la prestation de soins axés sur la collaboration et centrés sur le patient est le paradigme du rétablissement (Pautler et Gagné, 2005). Les principes du rétablissement, lorsqu'ils sont appliqués au système de santé mentale de la communauté, requièrent un changement au niveau des attitudes et des pratiques du prestataire (Trainor et al., 2004). L'utilisateur est perçu comme un participant actif au sein d'une communauté d'appui. L'objectif du rétablissement en est essentiellement un de réalisation de soi. Le traitement clinique et les autres sources de

soutien ne sont que des parties des systèmes et structures qui assistent les usagers dans leur rétablissement; la participation et l'appartenance des usagers à la communauté sont le résultat de l'entraide et de la mise en œuvre d'autres services tels que l'emploi assisté et le soutien par les pairs (Pautler et Gagné, 2005).

Anthony (2000) et Jacobson de même que Greenley (2001) soulignent les principes clés du paradigme du rétablissement et définissent le rétablissement comme étant :

- un concept fondé sur la croyance fondamentale que les personnes peuvent se rétablir et se rétablissent de la maladie mentale, et sont capables de continuer à vivre des vies ayant un sens et ce, malgré leur maladie mentale;
- un procédé, un état d'être et de devenir, quelque chose sur lequel on travaille ou qui fait surface avec le temps;
- quelque chose défini par la personne travaillant vers le rétablissement, quelque chose de vraiment personnel et unique;
- quelque chose qui est accompli par l'entremise de différentes voies soutenues par des services cliniques ou d'autres services; et
- un procédé actif plutôt que passif qui respecte tous les droits de la citoyenneté à part entière de la personne (tel que présenté dans Pautler et Gagné, 2005).

### **Modèle de soins chroniques (modèle de gestion des maladies chroniques)**

La gestion des maladies chroniques implique des interactions productives entre les usagers informés et habilités (et leurs familles) et une équipe pratique préparée et proactive. Les principes essentiels de ce modèle comprennent : un système centré sur l'utilisateur, une attention particulière accordée à l'autogestion et à la formation ainsi qu'une collaboration interdisciplinaire. Un cadre de travail particulier utilisé dans les soins de santé primaires pour améliorer les résultats est le modèle de soins chroniques. Ce modèle contient des éléments aux niveaux macro et micro et a été appliqué à des études de cas, notamment aux soins de la dépression (Schaefer et Davis, 2004).

Les compétences fondamentales (et exemples) pour prendre soin des usagers ayant des états chroniques comprennent (OMS, 2005) :

- *Les soins centrés sur le patient* : soutenir l'autogestion ainsi que les changements de comportements relatifs à la santé, et interroger et communiquer de façon efficace.
- *Partenariat* : avec les usagers, d'autres prestataires et les communautés.
- *Amélioration de la qualité* : évaluer la prestation des soins et les résultats, gérer les changements efficacement, identifier et mettre en œuvre les meilleures pratiques.
- *Technologie de l'information et des communications* : concevoir et utiliser les registres de patients/clients et utiliser les technologies afin d'améliorer les communications.
- *Perspective de la santé publique* : fournir des soins basés sur la population ainsi que la réflexion axée sur les systèmes, fournir des soins à travers un continuum et travailler au sein de systèmes dirigés par les soins de santé primaires.

Renforcer la collaboration par la formation interprofessionnelle :

Une ressource pour la collaboration entre les éducateurs en santé mentale



## Section B : Mise en oeuvre

### Remarques au facilitateur

#### Vous préparer

**Afin de faciliter efficacement votre atelier, il est important que vous ayez une connaissance approfondie du matériel compris dans les Sections A et B de cette trousse d'outils.** Selon votre maîtrise des principes, des concepts, des activités et des études de cas fournis, il se peut que vous souhaitiez lire du matériel supplémentaire sur la formation interprofessionnelle et les soins de santé mentale axés sur la collaboration afin d'accroître votre connaissance de ces deux domaines.



Vous n'êtes pas certain que la formation interprofessionnelle soit pour vous ou votre organisme? Consultez l'*Annexe B : Guide de décision*.

Avant la mise en œuvre d'un atelier, il est important de considérer que les participants peuvent se situer à différents niveaux de préparation pour s'impliquer dans des efforts de collaboration. Les objectifs et les besoins identifiés par les groupes ou les individus qui ne font que commencer à apprendre à collaborer peuvent varier de ceux des individus qui sont impliqués dans la formation axée sur la collaboration et/ou qui collaborent depuis une période de temps plus longue. L'atelier et les activités que vous mettrez en œuvre peuvent donc varier selon le groupe.

De plus, les possibilités d'inclure les usagers, les familles et les aidants naturels, ainsi que d'autres individus qui ne détiennent pas nécessairement un titre professionnel (p. ex., des représentants d'organismes communautaires, des bénévoles offrant des services d'entraide, des travailleurs en santé mentale de la communauté, etc.) doivent être explorées et encouragées lors de la conception, de la mise en œuvre et de l'évaluation des ateliers interprofessionnels.

#### Votre rôle de facilitateur

Bien que cet atelier pédagogique se situe dans le contexte des soins de santé mentale axés sur la collaboration, il est essentiel de garder à l'esprit l'importance de discuter des questions de processus relatives à la formation interprofessionnelle et au travail dans un environnement d'équipe interprofessionnelle. **Cela signifie qu'il est de votre responsabilité de vous assurer que les concepts et principes entourant ces processus tels que la confiance, le respect, la précision du rôle et les perceptions soient bien abordés.** Les discussions impliquant ces problèmes peuvent être difficiles, car les participants travaillent à élargir leur compréhension et appréciation des rôles, des compétences et de l'expertise des autres membres de l'équipe. Une partie de votre rôle

consiste à guider les activités et les discussions dans le cadre de l'atelier afin que les conflits soient gérés de façon constructive. À la fin de l'atelier, tous les participants devraient avoir une compréhension plus approfondie de la façon dont ils, ainsi que leurs usagers, peuvent profiter d'un travail de collaboration.

Les participants peuvent avoir une variété d'antécédents. Il est important que tous les participants sentent qu'ils peuvent contribuer aux activités de l'atelier et il est de votre responsabilité de vous assurer que les rôles, compétences et expertise de tous soient respectés et appréciés.

## Sélectionner et préparer les participants

**Si possible, tentez d'obtenir des détails fondamentaux sur les participants avant l'atelier.** Les renseignements qu'ils fournissent concernant qui ils sont en tant qu'individu et leur expérience de travail/d'apprentissage dans les domaines de la formation interprofessionnelle et/ou des soins de santé mentale axés sur la collaboration peuvent vous aider à adapter le programme afin de mieux satisfaire leurs besoins. En savoir le plus possible sur les participants et leurs objectifs vous aidera à choisir les activités les plus appropriées pour l'atelier.

**Encouragez les participants à se préparer pour l'atelier en lisant et en révisant tous les renseignements, ou une partie, compris dans la Section A et/ou B de cette trousse d'outils.** Cela pourrait permettre au groupe de sauver du temps lors de la révision des concepts et principes contextuels et lui allouer plus de temps pour se concentrer sur les activités interactives et les études de cas.

## Organiser l'atelier

1. Prenez le temps de structurer le plan de votre programme et de pratiquer avec le matériel avant l'atelier. Un exemple de plan de leçon est fourni dans cette section de la trousse d'outils en guise de guide.
2. Il est important que les participants à votre atelier se sentent impliqués dans le matériel du programme et qu'ils apprécient le processus. Demandez aux participants d'exprimer clairement leurs objectifs face à l'atelier et, en tant que groupe, tentez d'atteindre ces objectifs.
3. Prenez en considération les besoins des participants ainsi que les ressources qu'ils investissent dans ce programme (p. ex., temps, énergie, argent et autre). Envisagez les suggestions suivantes :
  - Commencez et finissez à l'heure : demandez la permission à tous les participants lorsque vous prévoyez finir plus tard.
  - Prenez des pauses régulières et fournissez, ou permettez, des boissons nutritionnelles.

- Faites appel à différents styles d'apprentissage (p. ex., visuel, kinesthésique et auditif).
4. Instaurez une norme (attentes) pour la participation et le comportement du groupe avant le début de l'atelier. Prenez en considération ce qui suit :
- Quelles sont vos attentes en ce qui concerne l'utilisation d'un langage non biaisé, non racial et inclusif du masculin et du féminin? Quels préjugés personnels avez-vous et comment pouvez-vous les gérer pendant ces discussions?
  - Que se passe-t-il si un participant décide de ne pas se joindre à une conversation spécifique parce qu'il ne se sent pas à l'aise? Quelles étapes pouvez-vous suivre afin d'encourager la poursuite de l'implication de cette personne dans l'atelier?
  - Que se passe-t-il lorsqu'un conflit survient entre les participants de l'atelier ou entre vous et un participant? Comment aborderez-vous la situation?
5. Il est essentiel que vous gardiez du temps pour effectuer un compte rendu avec les participants à la fin de l'atelier. Pour eux, il s'agit d'une occasion pour partager ce qu'ils ont appris et pour soulever des questions ou des inquiétudes supplémentaires. Selon le groupe, c'est aussi le moment pour les participants de réfléchir sur la façon dont ils vont intégrer leur apprentissage à leurs activités quotidiennes/cliniques (p. ex., « prochaines étapes »).



Attentes des participants

1. Respect
2. Confiance
3. Participation
4. Langage
5. Communication

Renforcer la collaboration par la formation interprofessionnelle :

Une ressource pour la collaboration entre les éducateurs en santé mentale



## Exemple de plan de leçon

ATELIER D'UNE JOURNÉE COMPLÈTE (9 h à 16 h 30)	
Composantes de l'atelier	Estimation du temps nécessaire
Introduction et attentes des participants	20 minutes
Section A : Contexte	
Unités 1, 2 et 3	20 minutes
Section B : Mise en oeuvre	
Activité 1	60 minutes
1 <sup>ère</sup> pause	15 minutes
Activité 2	60 minutes
2 <sup>e</sup> pause (dîner)	60 minutes
Étude de cas*	90 minutes
3 <sup>e</sup> pause	15 minutes
Étude de cas <i>suite</i>	60 minutes
Compte rendu/mot de la fin	40 minutes
Évaluation	10 minutes

(\*) Remarque : Vous devez choisir parmi les quatre études de cas. Selon la taille du groupe, vous pouvez diviser les participants en plus petits groupes et faire compléter des études de cas différentes par les groupes.

### Suggestions de modifications pour un atelier d'une demi-journée :

1. Avant l'atelier, faites réviser le matériel de la Section A par les participants et limitez le temps accordé à cette section à des questions de clarification. Considérez que les participants sont à l'aise avec les renseignements généraux.
2. Consacrez la majorité de l'atelier à la combinaison d'un nombre réduit d'activités et d'études de cas. Vous pouvez aussi diminuer le temps accordé à chaque activité. Choisissez les activités/études de cas qui sont les plus pertinentes aux besoins et aux objectifs de vos participants. Vous envisagez peut-être d'identifier ces renseignements pour vos participants avant l'atelier.
3. Prenez au moins une pause de 15 minutes.
4. Condensez le temps alloué au compte rendu.
5. Faites compléter l'évaluation de l'atelier par les participants.

**Résumé du matériel :**

Activité 1 : Étapes de l'évaluation des besoins du patient/client

- Directives pour les participants
- Activité 1 : Document à distribuer

Activité 2 : Apprécier les rôles des membres de l'équipe

- Directives pour les participants
- Activité 2 : Document à distribuer

Études de cas

- Document à distribuer pour la vue d'ensemble des études de cas
- Feuille de travail : réflexion sur le rôle des membres de l'équipe
- Feuille de travail : réflexion sur l'attitude
- Étude de cas 1
- Étude de cas 2
- Étude de cas 3
- Étude de cas 4

Évaluation de l'atelier

- Document à distribuer pour l'évaluation

## Activité 1 : Étapes de l'évaluation des besoins du patient/client

En général, les équipes sont organisées de façon à atteindre des objectifs programmatiques précis. Les prestataires de soins de santé mentale et primaires travaillent avec les usagers, les familles, les aidants naturels, les communautés, les intervenants et autres afin d'atteindre les objectifs de santé du patient/client et/ou de la population. Afin de permettre à une équipe interprofessionnelle de travailler efficacement, les objectifs de l'équipe devraient être clairement compris et acceptés par tous les membres.



Cette activité est liée aux renseignements présentés dans la *Section A : Unité 3*

Une fois que l'équipe, le patient/client et la famille ont discuté et déterminé les objectifs, les membres de l'équipe, ce qui comprend le patient/client, devront identifier ce que cela signifie en réalité. Le processus de planification des soins par une équipe interprofessionnelle constitue le moyen d'atteindre un consensus sur les résultats de santé désirés pour le patient/client et/ou la population; cela englobe les objectifs du patient/client comme fondements de la collaboration. L'activité suivante a été adaptée de Hyer et al., (2003).

### Remarques au facilitateur :

1. Cette activité peut être complétée en un seul groupe ou en plusieurs groupes plus petits (4 à 6 participants), selon le format de l'atelier.
2. Si, pour cette activité, vous décidez d'utiliser une ou plusieurs des études de cas fournies dans cette trousse d'outils, vous envisagerez peut-être d'enlever les zones de texte qui fournissent des renseignements relatifs à la discussion afin de diminuer la confusion. Ou demandez tout simplement aux participants d'ignorer les zones de texte pour les besoins de cette activité.

### Activité 1 : Objectifs

Une fois l'activité complétée, les participants seront en mesure de :

- décrire et apprécier les rôles des autres professions de la santé dans la gestion des problèmes de santé du patient et/ou de la population; et
- formuler un plan de soins interprofessionnels avec d'autres professionnels de la santé qui aborde les objectifs de santé du patient et/ou de la population.

**Durée : 60 à 90 minutes**

### Matériel :

- Document de directives à distribuer aux participants
- Activité 1 : Document à distribuer
- Étude de cas (vous devez choisir parmi quatre études de cas)

### **Directives pour le facilitateur**

Gérer un cas complexe exige des membres de l'équipe qu'ils considèrent les besoins médicaux, émotionnels, sociaux, environnementaux, spirituels et économiques du patient/client.

1. Choisissez une étude de cas complexe et détaillée dans laquelle il y a une variété de problèmes à aborder et dans laquelle différents prestataires ont un rôle à jouer pour aborder ces problèmes.
2. Fournissez aux participants des copies de l'étude de cas appropriée ainsi que le document à distribuer.
3. Demandez aux participants de lire individuellement l'étude de cas.
4. Expliquez aux participants du groupe comment utiliser la grille et les questions fournies afin de compléter le document distribué pour l'activité. Dites-leur de considérer les besoins holistiques (bio-psycho-sociaux) et la situation du patient/client.
5. Expliquez aux participants qu'ils doivent identifier les activités attendues et les responsabilités de chacun des membres de l'équipe (p. ex., mise en oeuvre, suivi et rapport des résultats).
6. Allouez environ 45 minutes pour ces tâches.

Une fois que le(s) groupe(s) a(ont) complété le document, suscitez une discussion de groupe et faites un compte rendu de leur expérience. Envisagez les questions suivantes :

1. Y a-t-il des gens qui ont des commentaires ou des observations générales suite à cette activité?
2. Qu'avez-vous appris sur les rôles des différentes professions? Pouvez-vous identifier des zones où il y a chevauchement?
3. Y a-t-il des différences entre votre planification habituelle des soins et cette activité?
4. Allouez environ 15 minutes pour cette discussion.

### **Directives pour les participants**

Veillez lire attentivement l'étude de cas fournie. En prenant en considération les besoins médicaux, émotionnels, sociaux, environnementaux, spirituels et économiques du patient/client, répondez à chacune des questions suivantes en groupe :

1. Quel est l'objectif déterminant? Au moins trois points de vue doivent être considérés et conciliés : celui du patient/client, de sa famille et de l'équipe.
2. Quels sont les problèmes du patient? (p. ex., médicaux, émotionnels, sociaux, spirituels, environnementaux, économiques ou autres)
3. Quel est l'impact de chaque problème sur la santé du patient/client?
4. Quelles sont les forces et les ressources que le patient/client a ou peut mobiliser afin de gérer chaque problème?
5. Quels renseignements supplémentaires sont nécessaires afin de définir adéquatement le problème ou ses conséquences?
6. Quel est le plan de soins? (Qu'est-ce qui doit être fait; qui le fera; quand cela aura-t-il lieu?)

Renforcer la collaboration par la formation interprofessionnelle :

Une ressource pour la collaboration entre les éducateurs en santé mentale

7. Quelle priorité doit être accordée à chaque problème? Quelle est l'importance de son impact sur le problème déterminant?
8. Quels résultats doivent être attendus pour chaque problème? (p. ex., exprimé dans des termes mesurables, temps approprié pour atteindre les résultats)

Une fois que tous les renseignements sont complétés sur le document, attendez les nouvelles directives du facilitateur de l'atelier.

## Activité 1 : Document à distribuer aux participants

### Matrice du plan de soins interprofessionnels\*

#### Objectifs déterminants :

Patient/client : \_\_\_\_\_

Famille : \_\_\_\_\_

Équipe : \_\_\_\_\_

Problème	Impact sur la santé et la qualité de vie	Forces/ressources	Plan (quoi, qui, quand; comprend obtenir plus de renseignements)	Résultat attendu (quoi viser et quand)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

\*Ce document a été adapté de Hyer et al. (2003).

## Activité 2 : Apprécier les rôles des membres de l'équipe

Un objectif important de la formation interprofessionnelle consiste à accroître le respect et les attitudes que les prestataires ont envers les membres des différentes professions. Cet objectif peut être atteint en :

- abordant les stéréotypes et les idées fausses;
- augmentant la sensibilisation aux différences et aux similarités entre les rôles; et
- reconnaissant les contributions uniques de chaque prestataire.

Pour les besoins de cette trousse d'outils, les membres de l'équipe comprennent des professionnels et tout autre membre de l'équipe qui ne détient pas nécessairement un titre professionnel, ce qui comprend les usagers, les familles, les aidants naturels, les bénévoles offrant des services d'entraide et les représentants d'organismes communautaires.

### Directives pour le facilitateur

**Étape un : « Échelles de la perception interprofessionnelle »**  
(Mariano et al., 1999)

Expliquez que le but de l'exercice est que les participants fassent une réflexion personnelle sur les idées qu'ils ont concernant les rôles et responsabilités des autres membres de l'équipe qui fournissent des services de santé mentale dans un contexte de soins de santé primaires. Faites-leur savoir qu'à la fin de l'activité, vous allez susciter une discussion sur les changements possibles dans ces perceptions et sur ce qui a contribué à les faire changer en cours de réflexion.

1. Demandez aux participants de remplir le document « Échelles de la perception interprofessionnelle » en notant précisément les divers membres de l'équipe/professions représentés au sein de leur propre équipe de soins de santé mentale axés sur la collaboration ou dans l'atelier.



Cette activité est liée aux renseignements présentés dans la *Section A : Unité 3*

### Activité 2 : Objectifs

Une fois l'activité complétée, les participants seront en mesure de :

- décrire et apprécier l'expertise et les rôles des différents professionnels de la santé et des autres membres de l'équipe qui fournissent des services de santé mentale dans un contexte de soins de santé primaires.

**Durée : 60 à 90 minutes**

### Matériel :

- Marqueurs noir et rouge
- Tableau(x) de conférence
- Ruban adhésif
- Directives pour les participants
- Activité 2 : Document à distribuer aux participants

2. Dites aux participants que leur classement restera confidentiel (c.-à-d., ils n'ont pas à partager leurs réponses avec les autres participants).
3. Informez les participants que vous reviendrez sur ces évaluations à la fin de la séance.
4. Cela devrait prendre environ 10 minutes.

### Étape deux : Exercice « Parlons au mur » (Parsell et al., 1998)

#### Phase I :

Présentez l'exercice « Parlons au mur ». L'activité a pour but de permettre aux participants d'explorer leurs conceptions ainsi que leurs idées fausses concernant les rôles et responsabilités des autres professionnels des soins de santé/membres de l'équipe qui fournissent des services de santé mentale dans un contexte de soins de santé primaires.

1. Divisez les participants en sous-groupes de 4 à 6 personnes.
  - a. Dites à chaque sous-groupe de fixer une feuille du tableau de conférence au mur pour chaque profession/membre de l'équipe représenté dans le sous-groupe.
  - b. Demandez aux participants d'écrire, à l'aide d'un marqueur **noir**, leurs perceptions des rôles et responsabilités des membres de l'équipe sur les feuilles respectives, à l'exception de la leur. Seuls de nouveaux éléments devraient être ajoutés à la liste afin d'éviter des répétitions inutiles.
2. Une fois que les listes sont complétées, demandez aux participants d'examiner la liste de leur propre profession/membre de l'équipe.
  - a. Demandez aux participants d'éliminer les idées fausses, de corriger les inexactitudes et d'ajouter les éléments manquants à l'aide d'un marqueur **rouge**. L'utilisation des deux couleurs permet au groupe de distinguer facilement les différences perçues relativement à leurs perceptions des rôles.
3. Cette phase prend environ 20 minutes.

#### Phase II :

Cette phase de l'activité offre une occasion unique pour une discussion interprofessionnelle lors de laquelle les membres du groupe sont encouragés à poser autant de questions que possible. C'est aussi l'occasion pour les participants de démontrer à quel point leur rôle de professionnel/membre de l'équipe est vaste et approfondi.

1. Demandez à chaque participant de discuter de sa liste avec le reste du sous-groupe et de clarifier les divers éléments qui ont été soulevés.
2. Cette phase prend environ 15 minutes.

#### Phase III :

Durant une séance plénière, facilitez une discussion de groupe.

1. Demandez aux participants de réfléchir sur cette expérience et de partager tout nouvel apprentissage et tout nouveau bienfait personnel.

2. Demandez à un volontaire de partager ses commentaires et poursuivez avec les autres participants, dans le sens des aiguilles d'une montre, jusqu'à ce que tout le monde ait eu la chance de parler. Les participants peuvent « passer leur tour » s'ils n'ont rien de nouveau à ajouter aux observations déjà faites.
3. Cette phase prend environ 15 minutes.

### **Étape trois : « Échelles de la perception interprofessionnelle » (suite)**

Demandez aux participants de réviser les « Échelles de la perception interprofessionnelle » qu'ils ont complétées plus tôt.

1. Demandez-leur de prendre en considération leurs réponses initiales à la lumière de l'exercice « Parlons au mur ».
  - a. Quels changements aimeraient-ils apporter?
  - b. Quelles zones de chevauchement existent-ils entre les professionnels/membres de l'équipe au niveau des compétences, rôles ou expertise en matière de soins au patient/client?
2. Dirigez une discussion de groupe sur les raisons pouvant expliquer certaines perceptions ou idées fausses concernant quelques membres de l'équipe/professions des soins de santé.
  - a. Pourquoi certains stéréotypes ou idées fausses d'autres professions/membres de l'équipe existent-ils?
  - b. Avez-vous une plus grande compréhension et appréciation des rôles des autres membres de l'équipe?
  - c. Comment les perspectives et la compréhension des autres professions des soins de santé/membres de l'équipe influencent-elles le travail d'équipe?
3. Cela devrait prendre environ 15 minutes.

### **Directives pour les participants**

« Échelles de la perception interprofessionnelle » (Mariano et al., 1999)

1. En utilisant les « Échelles de la perception interprofessionnelle », veuillez réfléchir sur vos perceptions des autres professions de la santé/membres de l'équipe et classez ces perceptions selon les points et échelles indiqués.
2. Vous n'aurez pas à partager votre classement pour chaque profession/membre de l'équipe avec le groupe. Cependant, il est essentiel que vous considériez vos opinions véritables concernant les autres membres de l'équipe afin que vous puissiez faire une réflexion sur les changements possibles dans ces perceptions suite à l'exercice « Parlons au mur ».
3. Veuillez prendre en considération les différents membres de l'équipe/professions représentés au sein de votre propre équipe de soins de santé mentale axés sur la collaboration ou dans cet atelier.
4. Vous avez 10 minutes pour compléter cette tâche.

**Exercice « Parlons au mur »** (Parsell et al., 1998)

L'exercice « Parlons au mur » a pour but de permettre aux participants d'explorer leurs conceptions ainsi que leurs idées fausses concernant les rôles et responsabilités des autres professionnels des soins de santé/membres de l'équipe qui fournissent des services de santé mentale dans un contexte de soins de santé primaires. Les participants seront divisés en sous-groupes de quatre à six personnes.

*Phase I (20 minutes)*

1. Chaque sous-groupe doit fixer une feuille du tableau de conférence au mur pour chaque profession/membre de l'équipe représenté dans le sous-groupe. Le nom de la profession/membre de l'équipe doit être indiqué sur chaque feuille de tableau de conférence en utilisant un marqueur **noir**.
2. En utilisant des marqueurs **noirs**, les participants doivent écrire leurs perceptions des rôles et responsabilités de chaque profession/membre de l'équipe sur les feuilles respectives, à l'exception de la leur.
3. Seuls de nouveaux éléments sont ajoutés aux listes afin d'éviter des répétitions inutiles.
4. Une fois les listes complétées, les participants doivent examiner la liste de leur propre profession et, à l'aide d'un marqueur **rouge**, ils doivent éliminer les idées fausses, corriger les inexactitudes et ajouter les éléments manquants.

*Phase II (15 minutes)*

Les participants discutent ensuite de la liste de leur profession/membre de l'équipe avec le reste des participants du sous-groupe et clarifient les divers éléments qui ont été soulevés. Les autres participants sont encouragés à poser des questions.

*Phase III (15 minutes)*

Votre facilitateur dirigera maintenant une discussion de groupe.

« **Échelles de la perception interprofessionnelle** » (Mariano et al., 1999)

- Faites une réflexion sur vos commentaires initiaux.
- Y a-t-il des changements que vous voudriez apporter après avoir complété cette activité?
- Le facilitateur de l'atelier vous suggérera des questions et dirigera une discussion de groupe.

## Activité 2 : Document à distribuer aux participants

### « Échelle de la perception interprofessionnelle »

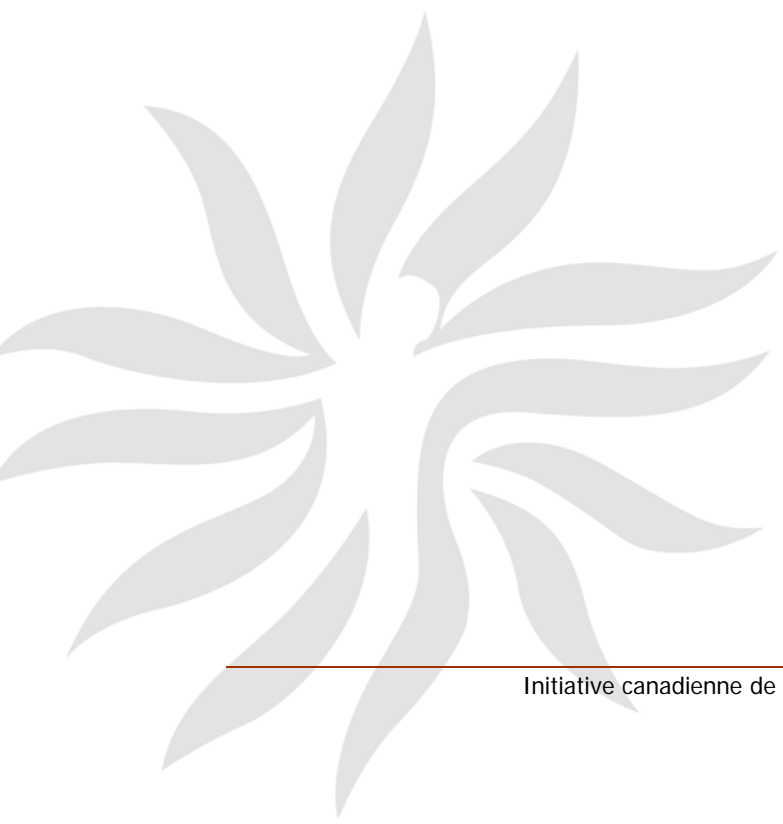
*Quelle est votre opinion/perception des rôles des autres professionnels/membres de l'équipe?  
(Remplissez les blancs « Personnes de cette profession » avec des professions\*\* autres que la vôtre.)  
Remplissez les blancs de 1 à 4, 1 signifiant « vraiment en désaccord » et 4 « tout en fait en accord ».*

Point	Personnes de cette profession							
(p. ex. Diététiste)								
1. Sont compétentes								
2. Ont très peu d'autonomie								
3. Comprennent les capacités de votre profession								
4. Se préoccupent grandement du bien-être du patient/client								
5. Empiètent parfois sur votre territoire professionnel								
6. Font grandement preuve d'éthique								
7. Ont trop d'attentes face à votre profession								
8. Ont un statut plus élevé que votre profession								
9. Sont beaucoup sur la défensive en ce qui concerne leurs prérogatives professionnelles								
10. Font confiance à votre jugement professionnel								
11. Demandent rarement votre avis professionnel								
12. Utilisent au maximum les capacités de votre profession								
13. Ne coopèrent pas bien avec votre profession								
14. Sont bien formées								
15. Ont de bonnes relations avec votre profession								

Remarque : Ce document a été modifié de Mariano et al. (1999). \*\*Pour les besoins de cet atelier, les participants doivent comprendre que les « professions » incluent tous les membres de l'équipe (qui ont ou n'ont pas de titre professionnel).

Renforcer la collaboration par la formation interprofessionnelle :

Une ressource pour la collaboration entre les éducateurs en santé mentale



## Activité 3 : Études de cas

Il a été suggéré que la formation interprofessionnelle comprenne un composant substantiel d'apprentissage basé sur la pratique clinique (Reeves et Freeth, 2002). Les stratégies d'apprentissage coopératif telles que l'éducation basée sur les cas ou les problèmes sont aussi des méthodes efficaces pour établir un lien entre les études et le travail d'équipe interprofessionnel dans un contexte pratique (D'Eon, 2005).

### Remarques sur les études de cas pour le facilitateur

**Les objectifs d'apprentissage de la formation interprofessionnelle sont incorporés dans chaque cas afin que la formation ne dépende pas du choix de cas.** Vous pourrez choisir le(s) cas que vous jugerez approprié(s) pour les participants à l'atelier. Les apprenants peuvent aider à choisir les cas qui correspondent aux principes de l'éducation aux adultes. Les cas ayant des caractéristiques presque semblables au contexte clinique du participant peuvent être plus pertinents et productifs puisqu'ils facilitent l'interaction sincère de l'équipe et soulignent les objectifs d'apprentissage de la formation interprofessionnelle.

**Le matériel d'apprentissage axé sur les cas de la trousse d'outils est conçu afin d'être pertinent du point de vue clinique et contextuel pour les équipes offrant des services de santé mentale dans un contexte de soins de santé primaires.** Chaque cas tente de faire le portrait de scénarios cliniques relativement courants dans une variété de contextes. Le problème traité limite de façon délibérée les détails et les précisions cliniques dans l'espoir de favoriser un grand nombre d'interactions et de contributions de la part des participants. Ceux-ci ne devraient pas s'attarder sur le contenu manquant et vous devriez les encourager à le compléter s'ils jugent que c'est nécessaire. Cela permet aux participants d'informer les autres membres de l'équipe sur un contenu spécifique à une discipline, favorisant ainsi les objectifs d'apprentissage de la formation interprofessionnelle.

### Activité 3 : Objectifs

Une fois l'activité complétée, les participants seront en mesure de :

- décrire et apprécier l'expertise et les rôles des différents professionnels des soins de santé et membres de l'équipe qui fournissent des services de santé mentale dans un contexte de soins de santé primaires;
- décrire les différents défis et bienfaits du travail au sein d'une équipe interprofessionnelle; et
- d'élaborer des stratégies pour travailler au sein d'une équipe interprofessionnelle.

**Durée : 60 à 150 minutes (1 à 2,5 heures) par étude de cas**

#### Matériel :

- Document de directives pour les participants
- Copies des deux feuilles de travail (réflexion sur le rôle des membres de l'équipe et réflexion sur les attitudes)
- Copie de l'étude de cas

- Souvenez-vous que les cas tentent de mettre l'accent sur les concepts de la formation interprofessionnelle tels qu'ils se manifestent dans un contexte clinique réel.
- Il est probable que les participants discutent du contenu spécifique à une discipline en relation avec la situation clinique; c'est votre rôle de **mettre l'accent sur les objectifs d'apprentissage de la formation interprofessionnelle**.
- **Restez à jour vis-à-vis du processus interactionnel des séances d'apprentissage** puisqu'il s'agit de périodes propices à l'apprentissage pour la formation interprofessionnelle (p. ex., la communication entre les membres de l'équipe, la résolution de conflits, la clarification des rôles, le respect, la confiance, etc.).
- Les exercices de réflexion, de discussion et de simulation peuvent faciliter l'apprentissage. En plus d'apprendre sur la formation interprofessionnelle, on s'attend à ce que la plus grande part de l'enrichissement des participants soit de nature transformationnelle et favorise un changement d'attitude.
- Vous pouvez choisir de souligner et de réfléchir sur ces changements transformationnels lorsqu'ils se produisent chez les participants.

### Directives pour le facilitateur

#### Étape un : Feuilles de travail (avant les études de cas)

L'exercice avec les feuilles de travail a pour objectif de faire réfléchir personnellement les participants sur les perceptions qu'ils ont des autres membres de l'équipe et sur les raisons derrière ces perceptions. Faites-leur savoir qu'à la fin de l'activité, vous allez susciter une discussion générale sur les changements possibles dans ces perceptions.

1. Demandez aux participants de remplir la « Feuille de travail : réflexion sur le rôle des membres de l'équipe » et la « Feuille de travail : réflexion sur les attitudes » avant de lire l'étude de cas en entier.
2. Dites aux participants que leur classement restera confidentiel (c.-à-d., ils n'ont pas à partager leurs réponses avec les autres participants et, donc, ils n'ont pas à « remplir » la feuille).
3. Demandez aux participants s'il y a des rôles de membres de l'équipe avec lesquels ils ne sont pas familiers. S'il y a un manque de compréhension, demandez à un des participants de faire une description de ce que ce membre de l'équipe fait. Au besoin, soyez prêt à fournir vous-même une description ou à ajouter des éléments à la description fournie.

#### Étape deux : Études de cas

1. Divisez les participants en petits groupes de 4 à 6. Vous pouvez prendre en considération les types de professionnels/membres de l'équipe et les usagers, familles ou aidants naturels qui sont représentés dans les différents groupes. Lorsque approprié, envisagez une activité de simulation durant laquelle les membres du groupe ont la chance d'échanger les rôles avec un autre membre de l'équipe (p. ex., un usager joue le rôle d'un travailleur social, un médecin de famille tient le rôle d'un

usager et ainsi de suite). Lors d'une simulation, les participants devraient jouer les personnages/rôles qui sont impliqués dans l'étude de cas donnée.

2. Demandez aux participants de lire une fois individuellement l'étude de cas.
3. Demandez aux participants d'étudier l'étude de cas en groupe et *facilitez leur propre discussion de groupe* en utilisant les notes fournies. Vous pouvez assigner une personne à titre de meneur du groupe et/ou pour prendre des notes sur la conversation.

### **Étape trois : Feuilles de travail (après les études de cas)**

1. Demandez aux participants de réviser les feuilles de travail qu'ils ont complétées avant les études de cas et de reclasser leurs perceptions. Comment leurs perceptions et leur compréhension ont-elles changées en ce qui concerne les compétences et l'expertise des autres membres de l'équipe?
2. S'ils ont maintenant une plus grande appréciation ou compréhension des rôles des autres membres de l'équipe, comment cela a-t-il affecté leur niveau de confiance et de respect? Est-ce que les participants peuvent identifier des avantages à travailler en collaboration avec les autres membres de l'équipe?
3. Demandez aux participants de prendre en considération la façon dont ils peuvent continuer à favoriser la confiance, le respect et une communication efficace au sein de leur propre équipe.

### **Remarques sur les études de cas pour les participants**

**Le matériel d'apprentissage axé sur les cas de la trousse d'outils est conçu afin d'être pertinent du point de vue clinique et contextuel pour les équipes offrant des services de santé mentale dans un contexte de soins de santé primaires.** Chaque cas tente de faire le portrait de scénarios cliniques relativement courants dans une variété de contextes. Les cas sont écrits à partir d'une variété de perspectives afin de vous faire réfléchir sur diverses perceptions et contributions d'un large éventail de membres de l'équipe. Le problème traité limite de façon délibérée les détails et les précisions cliniques dans l'espoir de favoriser un grand nombre d'interactions et de contributions de la part des participants. Ne vous attardez pas sur le contenu manquant et sentez-vous libre de le compléter si vous jugez que c'est nécessaire.

**On s'attend à ce que vous informiez les autres membres de l'équipe, et que vous appreniez de ces derniers, sur votre domaine d'expertise particulier et sur la contribution aux soins du patient/client, favorisant ainsi les objectifs d'apprentissage de la formation interprofessionnelle.** Pendant que vous travaillez sur un cas, votre groupe devrait se concentrer sur les thèmes de la formation interprofessionnelle (p. ex., rôles des membres de l'équipe, communication au sein de l'équipe, résolution de conflits, etc.). Faire une réflexion, discuter ou même faire une simulation de ces problèmes relatifs à l'équipe peuvent faire partie de l'apprentissage. L'exercice devrait permettre de mettre en lumière de nombreux objectifs d'apprentissage de la formation interprofessionnelle puisqu'ils sont relatifs à vos soins des patients/clients. En plus d'acquérir des

connaissances sur la formation interprofessionnelle, il est à espérer que vous aurez la chance de réfléchir sur vos attitudes et vos valeurs envers le travail de collaboration.

### **Directives pour les participants**

#### **Feuilles de travail**

1. Remplissez la « Feuille de travail : réflexion sur le rôle des membres de l'équipe » et la « Feuille de travail : réflexion sur les attitudes » avant de lire l'étude de cas (vous n'avez pas à « remplir » la feuille si vous ne le voulez pas).
2. Vous n'aurez pas à partager vos réponses avec les membres du groupe. Cependant, il est essentiel que vous considériez vos opinions véritables concernant les autres membres de l'équipe afin que vous puissiez faire une réflexion sur le changement dans ces perceptions une fois l'exercice complété.

#### **Études de cas**

1. Divisés en petits groupes de 4 à 6. Lorsque approprié, envisagez une activité de simulation durant laquelle les membres du groupe ont la chance d'échanger les rôles avec un autre membre de l'équipe (p. ex., un usager joue le rôle d'un travailleur social, un médecin de famille tient le rôle d'un usager et ainsi de suite). Lors d'une simulation, les participants devraient jouer les personnages/rôles qui sont impliqués dans l'étude de cas donnée.
2. Veuillez lire une fois individuellement l'étude de cas.
3. Une fois les directives données, commencez à étudier l'étude de cas en groupe et utilisez les notes fournies pour faciliter une discussion de groupe. Vous pouvez assigner une personne à titre de meneur du groupe et/ou pour prendre des notes sur la conversation.

## Feuille de travail : Réflexion sur le rôle des membres de l'équipe

*Veillez classer votre niveau de responsabilité perçu pour les divers rôles indiqués ci-dessous.*

Par exemple, si la responsabilité pour un rôle en particulier est partagée entre vous et un ou plusieurs autres membres de l'équipe, vous pourriez situer votre niveau de responsabilité à près de 50%.

	Rôles	J'ai peu de responsabilité, d'autres membres de l'équipe assument la majeure partie de la responsabilité	Je suis en grande partie responsable, les autres membres de l'équipe assument peu la responsabilité
		0 %	50 %
1.	Communiquer avec le patient/client		
2.	Définir les besoins cliniques initiaux		
3.	Rassembler les renseignements pertinents		
4.	Analyser et formuler les renseignements		
5.	Rendre un diagnostic		
6.	Fournir une rétroaction au patient/client		
7.	Faire des recommandations pour le traitement		
8.	Décider des actions de l'équipe		
9.	Planifier l'implication des autres dans la mise en œuvre du traitement		
10.	Être responsable en cas de résultat défavorable (p. ex., réaction aux médicaments, suicide, etc.)		
11.	Fournir un soutien et des soins directs au patient/client		

Renforcer la collaboration par la formation interprofessionnelle :

Une ressource pour la collaboration entre les éducateurs en santé mentale

Rôles	J'ai peu de responsabilité, d'autres membres de l'équipe assument la majeure partie de la responsabilité	Je suis en grande partie responsable, les autres membres de l'équipe assument peu la responsabilité
	0 %	50 %
12. Travailler avec les membres de la famille du patient/client		
13. Aider le patient/client à organiser des soutiens sociaux (p. ex., logement, finances, etc.)		
14. Être le meneur de l'équipe		
15. Rendre un diagnostic		
16. Donner une rétroaction au patient/client		

Remarque : Ce document a été adapté de Thomas Ungar, MD, droits d'auteur, 2001. L'activité a été présentée pour la première fois à la conférence sur le développement des facultés « The Collaborative Mental Health Project, Ontario College of Family Physicians, Toronto, 17 février, 2001 ». Cet exercice a été mis en œuvre de façon réussie en tant qu'activité de réflexion et de discussion pour les équipes.

Renforcer la collaboration par la formation interprofessionnelle :

Une ressource pour la collaboration entre les éducateurs en santé mentale

### Feuille de travail sur les attitudes

Veillez indiquer le degré d'appréciation que vous avez des compétences et de l'expertise des membres de l'équipe suivants (0 signifiant aucune appréciation et 10 signifiant une appréciation élevée).

Membre de l'équipe	Aucune			Un peu			Élevée		S.O.		
	0						10				
Personne ayant une maladie mentale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<input type="checkbox"/>	
Famille ou ami de la personne ayant une maladie mentale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<input type="checkbox"/>
Aidant naturel de la personne ayant une maladie mentale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<input type="checkbox"/>
Diététiste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<input type="checkbox"/>
Médecin de famille	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<input type="checkbox"/>
Infirmière ou infirmier en santé mentale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<input type="checkbox"/>
Infirmière ou infirmier (autre qu'une infirmière ou un infirmier autorisé ou en santé mentale)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<input type="checkbox"/>
Ergothérapeute	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<input type="checkbox"/>
Pharmacien	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<input type="checkbox"/>
Psychiatre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<input type="checkbox"/>
Psychologue	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<input type="checkbox"/>
Infirmière ou infirmier autorisé	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<input type="checkbox"/>
Infirmière ou infirmier psychiatrique autorisé	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<input type="checkbox"/>
Travailleuse ou travailleur social	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<input type="checkbox"/>
Autre :	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<input type="checkbox"/>
Autre :	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<input type="checkbox"/>
Autre:	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<input type="checkbox"/>

Remarque : Ce document a été adapté de Thomas Ungar, MD, droits d'auteur, 2001. L'activité a été présentée pour la première fois à la conférence sur le développement des facultés « The Collaborative Mental Health Project, Ontario College of Family Physicians, Toronto, 17 février, 2001 ». Cet exercice a été mis en œuvre de façon réussie en tant qu'activité de réflexion et de discussion pour les équipes.

## Cas 1

<b>Nom :</b>	Scott
<b>Âge :</b>	14
<b>Sexe :</b>	Masculin
<b>Contexte :</b>	Banlieue
<b>Origine ethnique :</b>	Race blanche
<b>Contexte de prestation des soins :</b>	Bureau du médecin de famille, école
<b>Diagnostic :</b>	Trouble anxieux/hyperactivité avec déficit de l'attention/difficulté d'apprentissage

### Résumé :

Il s'agit du cas d'un adolescent de banlieue qui se présente au médecin de famille avec un problème d'anxiété et une possibilité de difficultés d'apprentissage. Les problèmes comprennent : différences d'expertise entre le spécialiste et l'omnipraticien, divergence d'opinions sur le diagnostic, obstacles et différences d'attitudes, rôles et responsabilités pour la documentation et la

communication, confidentialité, défense des droits, famille et dominance d'un membre de l'équipe.

### Contexte :

Scott et sa famille font partie de mon cabinet médical depuis dix ans. Scott a 14 ans, vit dans une banlieue et fréquente une école secondaire de premier cycle. Je connais Scott depuis qu'il a quatre ans. C'était un enfant très normal et en santé, toujours plaisant et il vient d'une famille qui lui apporte du soutien. Je le vois pour ses immunisations et ses plaintes régulières de grippe ou pour des bosses et des ecchymoses. C'est un étudiant moyen et il s'entend bien avec ses amis. Il joue au hockey et au soccer durant l'été. Il aime les ordinateurs et les jeux vidéo, la planche à roulette ainsi que la planche à neige. Depuis qu'il a commencé le secondaire, il est moins intéressé par l'école. Ses parents attribuent cela au fait qu'il est un adolescent. Au cours des quatre derniers mois, Scott est devenu de plus en plus nerveux à l'idée d'aller à l'école. Il a commencé à manquer des cours. Les parents viennent tout juste de l'apprendre par un appel téléphonique de l'école.

### Situation 1 :

Plus tôt dans la semaine, Scott était en classe et est devenu très nerveux, a commencé à respirer rapidement, a senti son cœur battre la chamade et est devenu tremblant et en sueur. Le professeur l'a remarqué, a pensé qu'il faisait une réaction allergique, l'a envoyé à l'infirmier et a appelé les parents de Scott. Il semblerait que Scott ait eu ces épisodes pendant plusieurs mois avant d'aller à l'école et qu'il ne l'ait dit à personne. Scott est venu me voir avec sa mère. La mère de Scott m'a remis une lettre de l'école demandant une évaluation de la santé de Scott. Ils demandent une note attestant qu'il est en mesure de retourner à l'école.

### **Discussion 1**

#### **Communication**

1. Discutez quels membres de l'équipe peuvent fournir des renseignements dans cette situation.
2. Quel est le rôle du médecin de famille en répondant à l'école?
3. Quels sont les diagnostics à considérer dans ce cas?
4. Comment des renseignements supplémentaires peuvent-ils être réunis et à qui revient cette responsabilité?
5. Quelles consultations, le cas échéant, peuvent être entreprises?
6. À cette étape, quel type de notes le médecin de famille doit-il fournir à l'école?

### **Situation 2 :**

L'examen physique de Scott est normal. Les tests de laboratoire, y compris ceux pour la thyroïde et la glycémie, sont normaux. Il ne semble pas avoir de problème à la poitrine et il n'a jamais eu d'asthme pouvant expliquer son manque de souffle. Scott n'a pas d'allergies. Il nie utiliser des drogues illicites ou de l'alcool. Il aime les boissons énergétiques comme la plupart de ses amis. Je lui ai prescrit un test cardiaque pour m'assurer qu'il n'y a pas d'arythmie, mais je crois que c'est très peu probable. J'ai déjà traité la mère de Scott pour trouble de panique.

Scott me dit qu'il s'est senti très nerveux et qu'il a eu des maux d'estomac, en particulier les dimanches soirs et les lundis matins. Il dit qu'il n'aime vraiment pas ses professeurs d'anglais, de français et d'histoire et que, parfois, il manque ses cours. Je crois qu'il souffre d'un trouble anxieux. Je l'ai orienté vers notre « clinique locale de santé mentale pour enfants et adolescents ». La liste d'attente est d'environ six mois. Les parents sont très troublés de devoir attendre et veulent que je dise que c'est urgent. Entre-temps, je leur ai conseillé d'envoyer Scott voir le psychologue et le conseiller en orientation de l'école. La mère de Scott m'a demandé d'appeler l'école, mais mon cabinet est occupé et je n'en ai pas le temps.

### **Discussion 2**

#### **Rôles et responsabilités**

1. Quels sont les rôles et responsabilités du prestataire de soins de santé primaires?
2. Quelle est la limite raisonnable de l'implication et de l'expertise du prestataire de soins de santé primaires, et quand devraient être entreprises les orientations vers des spécialistes et les consultations avec ceux-ci?
3. Quel est le rôle et quelle est la responsabilité de la famille dans sa demande d'obtention de ressources, de services et d'examen?
4. Quels types de conflits peuvent survenir entre le médecin de famille et la famille en ce qui concerne la frustration de cette dernière au sujet de la longueur des listes d'attente pour une évaluation?

### **Situation 3 :**

Je m'appelle Scott. Je déteste quand ma mère m'emmène chez le médecin. J'ai l'impression qu'elle croit que je suis un enfant. Je ne vois pas quel est le problème. Quelques-uns de mes professeurs sont idiots, particulièrement ceux d'anglais et d'histoire. Ils sont toujours fâchés et en train de crier parce que je ne porte pas attention. Ils sont vraiment ennuyeux et ce qu'on apprend l'est aussi. J'aime l'éducation physique, la technologie et les arts plastiques. Des fois, les maths, ce n'est pas si mal. Je ne suis pas le seul qui n'écoute pas. J'étais vraiment nerveux le jour où ils m'ont envoyé à l'infirmerie. Je suis parfois nerveux quand je dois être dans une classe, un autobus rempli de gens ou au centre d'achats quand il y a de l'achalandage. Maintenant, je dois rencontrer le conseiller en orientation une fois par semaine. Il est plutôt sympa. On parle des groupes que j'aime et un peu des filles. Il veut savoir pourquoi je ne me force pas en classe et pourquoi les professeurs disent que je suis difficile. Des fois, il parle à mes parents. Je ne veux pas trop lui en dire parce que je ne veux pas qu'il dise tout à mes parents. J'ai un peu honte d'avoir à le rencontrer. Je ne vais pas dire à mes amis que je dois voir le psychologue de l'école. Ils vont penser que je suis fou. De toute façon, ce n'est pas vraiment important.

#### **Discussion 3**

##### **Confidentialité**

1. Comment les membres de l'équipe travaillent-ils avec un patient/client adolescent et abordent-ils les besoins spécifiques concernant la confidentialité?
2. Comment le point de vue d'un patient/client adolescent est-il pris en considération?
3. Quel est le rôle du parent et du tuteur dans les soins de cette personne?

### **Situation 4 :**

Je suis la mère de Scott. Scott est une personne merveilleuse. Il s'entend bien avec les autres jeunes et c'est plaisant d'être avec lui. Les gens l'aiment beaucoup. Il a toujours été un bon étudiant et n'a jamais vraiment eu de problèmes. Nous ne savons pas ce qui se passe et nous sommes très inquiets. Tout d'un coup, nous avons commencé à recevoir des rapports du conseiller en orientation et de certains professeurs de Scott disant qu'il ne semble pas intéressé et qu'il ne travaille pas assez fort. Ils pensent qu'il se rebelle et qu'il refuse de faire certains devoirs. Ils disent qu'à certains moments, il ne suit pas les directives en classe. Ça ne ressemble pas à notre fils. Les autres professeurs disent qu'il travaille plutôt bien. Il est toujours actif dans les équipes sportives de l'école. Il joue au hockey et il adore ça. Nous allons voir ses parties et c'est très amusant, mais c'est difficile pour nous de le conduire aux divers tournois.

Nous sommes très inquiets au sujet de sa respiration et de son cœur qui bat la chamade. Notre médecin de famille nous a dit que tout va bien. Elle pense que ce sont des accès d'anxiété ou des crises de panique. Je ne crois pas qu'un médecin de famille ait l'expertise pour diagnostiquer l'anxiété chez un adolescent. J'ai eu des crises de panique il y a quelques années et je me sentirais mal si j'avais passé cela à mon fils. Mon mari, le père de

Scott, pense que nous sommes trop indulgents envers Scott et que nous devrions être plus sévères s'il ne fait pas ses travaux. Il a même parlé d'envoyer Scott dans une autre école si les problèmes se maintiennent. Mon mari et moi ne sommes pas d'accord sur ce point. Nous sommes très troublés en ce qui concerne le temps que cela va prendre avant que Scott ne soit évalué à la clinique pour adolescents. D'ici là, Scott pourrait avoir perdu son année scolaire en entier. Nous ne voulons pas que cela se produise. Nous avons vérifié auprès du psychologue de l'école, mais cela va aussi prendre du temps. Mon mari et moi avons obtenu un rendez-vous à l'école pour parler avec le directeur afin de voir si l'examen ne pourrait pas être fait plus tôt. Nous allons aussi appeler notre commissaire d'écoles local. Mon mari le connaît parce qu'ils ont déjà travaillé ensemble. Nous travaillons tous les deux à temps plein et c'est difficile de nous libérer pour nous rendre à plusieurs rendez-vous.

#### **Discussion 4**

##### **Communication : La famille et les aidants naturels**

1. Quel est le rôle et quelle est la responsabilité des parents dans les soins de cette personne?
2. Comment l'équipe peut-elle aider la famille à gérer cette situation?
3. Comment la communication entre les parents peut-elle être facilitée afin de prévenir de futurs conflits dans la famille?
4. Comment l'équipe peut-elle aider la famille à obtenir des soins et des services pour leur fils?
5. Envisagez un exercice de simulation entre les membres de l'équipe, les parents et le patient/client.

#### **Situation 5 :**

Scott a été vu à la « clinique de santé mentale pour enfants et adolescents » à l'hôpital local. Il a obtenu un rendez-vous plus tôt grâce à une annulation de dernière minute. Scott a été vu par un conseiller en santé mentale à l'accueil et par le psychiatre clinique. Il a obtenu un diagnostic de crises de panique et d'angoisse sociale modérée. Le psychiatre croit que les accès d'anxiété et de nervosité de Scott en classe peuvent avoir causé la crise de panique. Il a été recommandé que Scott passe un test psychologique, soit en privé ou avec le psychologue de l'école. Malheureusement, la clinique a perdu son psychologue il y a quelques années lors de la restructuration de l'hôpital. Le psychiatre recommande des médicaments et du counselling. Ils enverront un compte rendu au médecin de famille avec leurs recommandations, mais la clinique n'offre pas de suivi des soins continu.

Lorsque les parents ont parlé avec le médecin de famille, elle a dit qu'elle n'était pas à l'aise avec le traitement au moyen de médicaments. Elle est frustrée que la clinique ne suive pas les patients/clients après une consultation. La famille est très réticente à essayer les médicaments. Les parents sont inquiets relativement à la sécurité des médicaments anti-anxiété/antidépresseurs recommandés puisqu'ils ont lu que ceux-ci pouvaient entraîner le suicide chez les adolescents. Ils ne commenceront pas les médicaments tout

de suite, mais ils vont y réfléchir. Ils veulent d'abord consulter le pharmacien de leur communauté afin d'avoir une opinion et des renseignements sur le traitement par les médicaments d'un trouble de panique et des troubles affectifs saisonniers.

### **Discussion 5**

#### **Options de traitement, éthique et défense du patient**

1. Qui est responsable d'informer les familles des risques versus des bienfaits des diverses options de traitement?
2. Que se passe-t-il lorsque les membres de l'équipe ont un plan de traitement différent?
3. Quel est le domaine d'expertise des divers membres de l'équipe dans cette situation?
4. Comment le médecin de famille (ou un autre prestataire de soins de santé primaires) et les services de spécialistes peuvent-ils fournir un meilleur rendement en travaillant ensemble pour le bien-être de cette personne?
5. Quelle est l'éthique et quelles sont les valeurs des membres de l'équipe concernant l'accès aux ressources telles que les listes d'attente, et quelles sont les méthodes que les équipes peuvent mettre en place afin d'assurer un accès équitable aux ressources?
6. Quel est le moyen de défense raisonnable des familles et des personnes ayant une maladie mentale concernant l'accès aux ressources et aux soins continus?

### **Situation 6 :**

Je suis le psychologue de l'école. J'ai rencontré Scott deux fois pour deux séances d'examen. Il était plus loin sur ma liste d'attente, mais j'imagine que la famille a dû faire des pressions puisqu'on m'a demandé de le voir plus rapidement. Il semble avoir un déficit de l'attention léger à modéré, de type inattentif, sans évidence d'hyperactivité, ainsi qu'une difficulté d'apprentissage du traitement des informations auditives. Il est meilleur avec les activités spacio-visuelles et a de bonnes habiletés motrices globales. Je suis d'accord avec le diagnostic de trouble anxieux, mais les accès d'anxiété sont aggravés et prononcés lorsqu'on demande à Scott de faire des tâches qui requièrent une attention et une concentration particulières axées sur la communication verbale. Son trouble anxieux aggrave encore plus son habileté à se concentrer. Je recommande des ajustements au niveau académique et du counselling afin d'aider Scott à identifier et à gérer ses difficultés/déficits d'apprentissage. Je suis d'accord sur le fait que d'aider Scott avec son anxiété l'aidera aussi avec sa concentration et son attention. Je recommande qu'il soit exempté de ses cours réguliers pour qu'il obtienne des séances d'aide spéciales avec notre aide-éducateur pour les élèves ayant des besoins spéciaux.

### **Discussion 6**

#### **Communication et stigmates**

1. Comment l'équipe peut-elle utiliser ces renseignements en faveur de Scott?
2. Qui a le rôle et la responsabilité de mettre en œuvre les interventions suggérées par le psychologue de l'école?
3. Comment les membres de l'équipe vont-ils communiquer les renseignements afin que les besoins de Scott soient satisfaits?
4. Comment les stigmates associés à la santé mentale/aux problèmes d'apprentissage peuvent-ils affecter ou limiter les interactions de Scott à l'école et dans son environnement social?

### **Situation 7 :**

Je suis le conseiller en orientation de l'école. J'ai parcouru les rapports sur les difficultés d'apprentissage et l'anxiété de Scott. Nous avons beaucoup d'étudiants avec ces problèmes. Scott est un cas léger. Je vais essayer d'expliquer les déficits aux professeurs et d'obtenir une sorte d'assistance pédagogique corrective pour Scott. Sa famille a des sentiments partagés. Ses parents sont contents d'avoir identifié le problème de Scott, mais ils sont inquiets relativement à ce que notre école peut fournir en termes d'aide. Le plus que je peux lui offrir avec l'assistant en éducation, c'est une séance d'une demi-heure, deux fois par semaine. Je suis inquiet que les autres étudiants taquent Scott s'ils le voient aller chercher de l'aide spéciale. Ses parents disent que le docteur a recommandé des médicaments, mais ils sont hésitants et veulent d'abord voir ce que l'assistance corrective fera. Je crois que Scott devrait essayer le Ritalin et les médicaments pour l'anxiété. J'ai vu beaucoup de nos étudiants faire beaucoup mieux une fois qu'ils prenaient les bons médicaments. Qu'attendent-ils de nous s'ils ne suivent pas les conseils qu'ils ont reçus? Je déteste voir l'avenir de bons jeunes ruiné simplement parce que les parents s'en mêlent. Je vais essayer d'influencer les parents afin qu'ils comprennent que s'ils n'interviennent et n'agissent pas bientôt, Scott pourrait finir dans un environnement pédagogique différent ou éprouver des problèmes avec la loi. Je ne l'ai vu que trop souvent. J'aime vraiment ce jeune et je vais faire en sorte qu'il reçoive l'aide dont il a besoin.

#### **Discussion 7**

##### **Attitudes et sentiments**

1. Quels sont les sentiments et les attitudes des membres de l'équipe concernant l'utilisation de médicaments pour les problèmes de santé mentale chez les enfants et les adolescents?
2. Comment les membres de l'équipe peuvent-ils s'assurer que les décisions relatives au traitement sont basées sur les meilleures preuves disponibles pour les résultats et non pas seulement sur les attitudes?
3. Comment l'équipe peut-elle continuer à soutenir la personne et sa famille et à travailler avec elles?
4. Quel rôle l'école et la communauté jouent-elles dans la prévention des problèmes de santé mentale?
5. Comment l'équipe vient-elle à bout d'un membre dominant qui tente de prendre le contrôle?

## Cas 2

<b>Nom :</b>	Gloria
<b>Âge :</b>	24
<b>Sexe :</b>	Féminin
<b>Contexte :</b>	Campagne
<b>Race :</b>	Premières nations
<b>Contexte de prestation des soins :</b>	Abri collectif
<b>Diagnostic :</b>	Abus d'alcool et d'autres drogues
<b>Perspective :</b>	Usager
<b>Personnages :</b>	Peter (chef spirituel), Mary (intervenante en toxicomanie) et Jill (travailleuse sociale)

### Résumé :

Il s'agit du cas d'une personne ayant des problèmes d'abus d'alcool et d'autres drogues et d'autodestruction. Les problèmes comprennent : culture et famille, emplacement communautaire éloigné, conflit au sein de l'équipe concernant les rôles, responsabilités et valeurs différentes des membres de l'équipe, stigmates, communication et responsabilité pour le rétablissement.

### Contexte :

Je m'appelle Gloria et j'ai 24 ans. J'ai grandi dans une réserve (près de Norway House). Mon père avait l'habitude de boire beaucoup et est décédé quand j'avais

huit ans. Un soir d'hiver, il avait trop bu et s'est endormi dehors. Il a été retrouvé mort. J'ai vécu avec ma mère et mes six frères et sœurs. Je bois depuis l'âge d'environ 12 ans. Mes grands frères et sœurs achetaient souvent de la boisson. Parfois, on respirait de l'essence. Nous sommes allés à l'école jusqu'à environ la 8<sup>e</sup> année, puis nous avons décroché. Ma mère est devenue une chrétienne renée au cours des dernières années. Elle se rend à la réunion de l'église de la communauté tous les dimanches et prie toujours pour nous. Je ne m'intéresse pas à l'église et nous avons souvent des débats et des disputes à ce sujet.

Parfois, quand je suis vraiment troublée, je me coupe parce que je suis si frustrée. J'avais l'habitude de faire ça plus souvent quand j'étais adolescente, mais je n'ai pas eu à le faire aussi souvent ces derniers temps. Je bois jusqu'à ce que je perde connaissance environ deux fois par semaine. Chez moi, j'avais un intervenant en toxicomanie que j'étais censée voir régulièrement. Parfois, je refusais de le voir. Il était gentil, mais j'avais de la difficulté à arrêter de boire durant plus de deux semaines consécutives. Une fois par mois, un infirmier praticien ou un médecin venait visiter ma communauté. Le médecin m'a dit que j'avais un excédent de poids, que mes toxicologies du foie étaient trop élevées et que je devrais manger mieux et arrêter d'abuser de l'alcool. Je n'étais pas capable de faire ça.

Il y a un mois, j'ai décidé de quitter la maison et de déménager dans une petite ville à environ six heures de là. Puisque je n'avais nulle part où aller, je reste maintenant dans une maison de refuge pour femmes. Il y a un centre communautaire autochtone et une petite clinique médicale communautaire tout près. J'ai commencé à aller à des réunions au centre autochtone où Peter (un chef spirituel) me rencontre. Je m'intéresse beaucoup à

mes traditions et j'aime entendre parler de mes antécédents culturels et de mon histoire. Je ne crois pas à ces histoires de « renaissance » que ma mère prêche. J'aime beaucoup mieux mes traditions, comme celles que ma grand-mère avait l'habitude de m'enseigner.

### **Situation 1 :**

La fin de semaine dernière, j'ai trop bu et j'ai perdu connaissance à la maison de refuge pour femmes. Ils m'ont dit que si je me saoulais encore, ils me demanderaient de partir. Ils me laisseront rester seulement si je vais rencontrer une équipe de soins au centre de santé. Je ne veux pas y aller, mais je n'ai nulle part où aller. Les personnes présentes à la réunion seront un médecin de famille, une intervenante en toxicomanie, une infirmière en santé mentale de la communauté et un travailleur social. Ils m'ont demandé si j'avais de la famille qui pourrait assister à la réunion.

#### **Discussion 1**

##### **Planification des soins : rôles et responsabilités**

1. Discutez d'un plan de soins pour cette personne en vous concentrant sur la perspective de la patiente/cliente dans son rétablissement.
2. Quels sont les rôles de chaque membre de l'équipe et que pourraient-ils offrir à cette patiente/cliente?
3. Considérez quels autres membres de l'équipe/personnes vous pourriez impliquer dans les soins de cette patiente/cliente.

### **Situation 2 :**

Je rencontre Mary, l'intervenante en toxicomanie, deux fois par semaine. Elle pense que je suis dépressive et elle veut que je voie un psychiatre qui visite notre communauté une fois aux deux mois. J'ai rencontré la travailleuse sociale qui essaie de m'aider à obtenir de l'aide financière pour un hébergement local. Les formulaires d'hébergement doivent être signés par un médecin/infirmière ou par un intervenant en toxicomanie, indiquant que je ne consomme pas de drogues ou d'alcool. J'ai rencontré la psychiatre qui a dit qu'elle ne pouvait pas déterminer si je suis dépressive tant que je ne serai pas clean et sobre pour une période de deux mois. Cela ne fait que quelques semaines. Jill, ma travailleuse sociale, ne peut pas soumettre les formulaires tant qu'ils ne sont pas signés. Le médecin, l'infirmière et l'intervenante ne signeront pas les formulaires tant que je ne serai pas clean et sobre depuis deux mois. Je suis furieuse et je ne comprends pas pourquoi ils ne veulent pas signer les formulaires. J'essaie de changer ma vie et je fais ce qu'ils me demandent.

#### **Discussion 2**

##### **Résolution de conflits**

1. Comment l'équipe peut-elle aider cette personne?
2. Quels genres de conflits et de problèmes de communication peuvent survenir entre les membres de l'équipe dans cette situation? Comment pouvez-vous les résoudre?
3. Envisagez une activité de simulation entre le travailleur en habitations ou le travailleur social et les professionnels de soins de santé qui doivent signer les formulaires et négociez une solution à ce problème.

### Situation 3 :

Cela fait maintenant deux mois que je suis clean et sobre et l'équipe a signé les formulaires. J'ai rencontré la psychiatre qui m'a donné des antidépresseurs quand elle est revenue en ville. Elle pense que la raison pour laquelle je me coupe est que je suis dépressive. Les antidépresseurs me donnent des maux d'estomac et je ne les aime pas. J'ai surtout confiance en Peter, mon chef spirituel aîné au centre de santé. Il est bon, mais je ne lui ai pas parlé des abus sexuels dont j'ai été victime quand j'étais enfant. Quand mon père buvait, il nous abusait parfois physiquement et sexuellement. Aussi, je crois que je suis lesbienne. Je ne l'ai jamais dit à personne avant et je sentais que je devais m'éloigner de la maison et de ma communauté.

Jill veut communiquer avec ma mère afin d'organiser une réunion de famille et pour obtenir des renseignements sur mon passé. J'ai signé les formulaires de consentement. Je suis inquiète. Lorsque je l'ai rencontrée, j'ai dit à l'infirmière en santé mentale que je crois être lesbienne. J'ai peur que Jill le dise à ma famille.

### *Discussion 3*

#### **Communication : Structures, ressources et culture**

Remarque : Les problèmes entourant l'orientation sexuelle ne sont pas toujours bien compris et abordés; il peut y avoir beaucoup de lacunes dans la compréhension du participant sur la façon d'aborder ces inquiétudes. Au besoin, demandez au facilitateur de l'atelier des précisions ou des renseignements afin de compléter la discussion.

1. Discutez de la tenue de dossiers et de la façon dont les membres de l'équipe communiquent et maintiennent la confidentialité entre eux.
2. Quelles ressources ou méthodes supplémentaires pourraient aider cette patiente/cliente?
3. Comment la culture de la patiente/cliente affecte-t-elle le travail de l'équipe dans ses efforts pour l'aider dans son rétablissement?

### Situation 4 :

J'ai encore bu. J'étais troublée parce que ma mère est venue et qu'elle voulait que j'aille à l'église. J'ai eu une grosse discussion avec elle. Je suis sortie et je me suis saoulée. Quand je suis retournée au refuge le lendemain matin, ils m'ont dit de partir. J'ai appelé Mary, mon intervenante en toxicomanie, qui veut me rencontrer demain et m'aider. Jill m'a dit que les règlements pour rester au refuge sont clairs et que je ne les ai pas respectés. Ils ne peuvent rien faire pour moi maintenant. Le médecin ne veut plus me donner d'antidépresseurs parce que j'ai bu. Je croyais que les antidépresseurs m'aidaient à me sentir mieux. Mary m'a dit que le médecin était un pauvre type.

#### **Discussion 4**

##### **Résolution de conflits : Options de traitement**

1. Discutez du conflit au sein de l'équipe à propos du plan de traitement et sur la façon d'aborder la consommation d'alcool de la cliente/patiente.
2. Quel cadre de travail les membres de l'équipe utilisent-ils et quelles valeurs apportent-ils au traitement de la patiente/cliente aux prises avec l'abus d'alcool et d'autres drogues?
3. Comment l'équipe peut-elle se rendre plus utile auprès de la patiente/cliente?
4. Envisagez une simulation de conflit sur les différentes positions concernant le modèle d'abstinence versus celui de la réduction des méfaits.
5. Expliquez/démontrez comment résoudre la situation conflictuelle lorsqu'un membre de l'équipe a parlé en mal d'un autre membre.

#### **Situation 5 :**

Tout s'est bien passé au cours des trois derniers mois. J'ai été clean et sobre et j'ai une chambre dans une pension de famille. Avec l'aide de Jill, le centre communautaire autochtone m'a donné un emploi à temps partiel. J'ai dit aux personnes dans mon groupe d'entraide que je pense être lesbienne. Les membres de mon équipe de soins de santé m'ont soutenue, mais je crois que l'infirmière praticienne est fâchée contre moi à cause de cela. Je ne crois pas qu'elle aime les gais. Quelqu'un de mon groupe est retourné dans la communauté où vit ma mère et a dit aux gens que je suis lesbienne. Ma mère est très bouleversée et ne veut pas me parler. Ça me va. Hier, j'ai failli boire encore, mais j'ai rencontré Mary qui m'a aidée. Je ne sais pas si je vais être capable de rester clean. J'ai arrêté de prendre les antidépresseurs. Je ne sais pas si ça m'aidait. Hier, j'ai coupé mon avant-bras. Je ne sais pas pourquoi j'ai fait ça, mais je me sentais un peu mieux après l'avoir fait. Au moins, je n'ai pas bu.

#### **Discussion 5**

##### **Patients/clients, familles et aidants naturels : Préjugés personnels concernant les rôles**

1. Quel est le rôle de la patiente/cliente dans rétablissement?
2. Comment l'équipe peut-elle agir avec l'aide d'un réseau de soutien et des relations familiales?
3. L'équipe peut-elle offrir du soutien aux membres de la famille?
4. Quel est le rôle des membres de l'équipe en ce qui concerne leur disponibilité et leurs rendez-vous?
5. Comment une équipe peut-elle se débrouiller avec un membre dont le système de valeurs peut l'empêcher de travailler avec un patient/client en raison de croyances personnelles, raciales ou stéréotypées préjudiciables?
6. Envisagez une simulation sur la façon dont l'équipe peut gérer un membre de l'équipe qui ne se sent pas à l'aise ou qui ne veut pas travailler avec un patient/client.

### Cas 3

<b>Nom :</b>	Hazel
<b>Âge :</b>	84
<b>Sexe :</b>	Féminin
<b>Contexte :</b>	Petite ville
<b>Origine ethnique :</b>	Sud-asiatique
<b>Contexte de prestation des soins :</b>	Maison, hôpital
<b>Diagnostic :</b>	Démence
<b>Perspective :</b>	Famille

#### Résumé :

Il s'agit du cas d'une personne âgée souffrant de démence qui est moins en mesure de fonctionner dans la communauté. La famille et l'équipe ont développé une divergence d'opinions concernant la sécurité et l'accès aux ressources permettant de faciliter un placement optimal de la personne âgée. Les problèmes comprennent : pouvoir, défense des droits, famille, désaccord au sein de l'équipe, sécurité, ressources et résolution de conflits.

#### Contexte :

Ma mère a 84 ans. Elle est veuve et habite toute seule dans le petit bungalow dans lequel nous avons grandi. Elle et mon père nous ont amenés au Canada quand j'étais enfant. Ils tenaient un petit dépanneur en ville et étaient des gens qui réussissaient très bien et qui travaillaient fort. J'ai grandi dans cette ville et mes enfants aussi. Ils sont à l'école secondaire. Au cours des cinq dernières années, la santé de ma mère s'est détériorée. Sa mémoire a flanché et elle a eu besoin de plus en plus d'aide. Au début, j'étais capable de l'aider à faire ses courses et le ménage, et les enfants aidaient en pelletant la neige et en entretenant le jardin mais maintenant, ce n'est plus suffisant. Il y a trois ans, avec l'aide de notre médecin de famille, nous avons eu une infirmière gériatrique de la santé publique et des travailleurs d'évaluation gériatrique qui sont venus à la maison pour aider ma mère. Ils ont fixé le tapis, installé des rampes et lui ont obtenu un bouton d'appel au secours. Au cours des quelques dernières années, les choses ont cependant continué à empirer. Elle a été hospitalisée deux fois parce qu'elle était désorientée et oubliait de prendre les bons médicaments. Elle a aussi de l'hypertension artérielle et de l'arthrite. Mon mari et moi sommes occupés à travailler et à élever les enfants et nous n'avons pas le temps de toujours prendre soin d'elle. Nous n'avons pas d'espace pour qu'elle puisse emménager avec nous et je me sens coupable de cela. Elle vit sur une pension du gouvernement et elle a tout juste ce qu'il lui faut. Nous n'avons pas les moyens d'avoir un travailleur de la santé privé.

Une infirmière visiteuse et des travailleurs de soins auxiliaires vont la voir deux fois par semaine. La dernière fois, lorsqu'ils sont arrivés, ils ont réalisé qu'elle avait laissé la bouilloire électrique allumée et qu'il ne restait environ qu'un demi-pouce d'eau avant qu'elle ne soit vide. Elle n'avait pas entendu la bouilloire siffler et elle semblait confuse et désorientée. Ils ont remarqué qu'elle ne s'était pas habillée correctement et qu'elle semblait très confuse. Ils ont appelé une ambulance et elle a été emmenée à l'hôpital. Les

médecins lui ont diagnostiqué une confusion aiguë ainsi qu'une détérioration de sa démence. Ils ont remarqué qu'elle avait besoin de plus de soins qu'auparavant et ils étaient inquiets au sujet de sa capacité à se débrouiller seule chez elle.

### **Situation 1 :**

Lors de la réunion de l'équipe, on nous a demandé de signer des formulaires d'application afin qu'elle soit placée dans une maison de soins infirmiers. Nous ne voulons pas qu'elle soit placée. Ce sont des endroits terribles et nous aimerions faire tout ce qui est possible afin d'éviter qu'elle ait à y aller. Elle nous a toujours dit qu'elle voulait rester dans sa maison jusqu'à ce qu'elle décède. Quoi qu'il en soit, nous ne signerons pas ces papiers. Le ludothérapeute et l'ergothérapeute nous ont dit qu'il existe des programmes de réadaptation axée sur le comportement pour les personnes comme ma mère. Nous voudrions qu'elle essaie cela. Nous voudrions aussi voir si elle ne pourrait pas avoir plus de soins à domicile; l'équipe a dit que cela pouvait s'arranger. Cependant, l'hôpital a une politique qui stipule que, pour obtenir une rééducation axée sur le comportement ainsi que davantage de soutien à la maison, nous devons appliquer pour une maison de soins infirmiers et nous mettre sur la liste d'attente. Nous ne voulons pas le faire et nous ne comprenons pas pourquoi nous ne pouvons pas avoir ces services. Nous avons passé notre vie d'adulte à payer des taxes et avons le sentiment que nous devrions avoir droit à ces soutiens. La moitié des infirmières et infirmiers, un des médecins et le travailleur social croient que ma mère pourrait ne pas être en sécurité à la maison et veulent la placer dans une maison de soins infirmiers. L'autre moitié des infirmières et infirmiers, l'ergothérapeute et le ludothérapeute croient qu'avec certaines formations axées sur le comportement, elle pourrait être en mesure de retourner à la maison avec du personnel de soutien qui la visiterait.

### **Discussion 1**

#### **Gérer plusieurs perspectives et exigences**

1. Discutez de la résolution de cette situation en abordant les solutions possibles concernant les exigences de placement pour cette personne âgée.
2. Envisagez un exercice de simulation entre les membres de l'équipe en abordant les opinions divergentes quant à la sécurité de la patiente/cliente.
3. Comment les membres de l'équipe peuvent-ils résoudre le conflit, améliorer la communication avec la famille et répondre à leurs demandes et exigences?
4. Comment les antécédents culturels de la famille peuvent-ils affecter l'approche de l'équipe?
5. Comment le plan de soins de l'équipe peut-il surmonter un obstacle administratif tel que l'exigence qu'une application soit signée avant que le patient/client puisse avoir accès aux services demandés?
6. Quel rôle les divers membres de l'équipe peuvent-ils jouer dans la conception d'un plan de traitement pour cette personne?

### **Situation 2 :**

Après plusieurs discussions et appels téléphoniques, l'équipe a abandonné sa demande de nous faire signer les formulaires d'application pour la maison de soins infirmiers. L'équipe a discuté avec l'administration de l'hôpital et a obtenu une permission spéciale afin d'outrepasser la politique de l'hôpital et permettra à ma mère d'avoir de la réadaptation axée sur le comportement. Ma mère prend à nouveau ses médicaments réguliers et le médecin lui a donné un nouveau médicament, soit une dose légère d'un médicament antipsychotique afin de l'aider dans son comportement. Je ne l'aime pas lorsqu'elle prend des médicaments psychiatriques, mais j'imagine que je n'ai pas le choix. Le pharmacien m'a donné un imprimé d'ordinateur qui explique les effets secondaires du médicament antipsychotique. Ceux-ci incluaient un risque plus élevé d'accident vasculaire cérébral et de décès lorsque les personnes âgées le prennent. Je suis vraiment très fâchée contre le médecin qu'il ne me l'ait pas dit et je suis contente, au moins, que le pharmacien s'occupe de ma mère. J'ai demandé une réunion, mais le médecin ne sera pas disponible avant trois jours. En attendant, je leur ai demandé d'arrêter de donner à ma mère ce médicament antipsychotique. Les infirmières sont très fâchées contre moi et disent que ma mère se lève de plus en plus la nuit et qu'elle devra peut-être aller dans une maison de soins infirmiers si je ne lui laisse pas prendre ce médicament. J'ai l'impression qu'on me fait du chantage. Je ne sais pas quoi faire. Je pense que je vais peut-être appeler au bureau de défense des patients de l'hôpital pour savoir s'ils ne pourraient pas m'aider.

#### **Discussion 2**

##### **Communiquer avec les patients/clients, les familles et aidants naturels; et stigmates**

1. Discutez de la façon dont le plan de traitement, y compris les risques et les effets secondaires d'un médicament, est communiqué aux patients/clients et aux membres de la famille.
2. Comment l'idéalisation et la dévaluation des membres de l'équipe par un client/patient ou une famille peuvent-elles être abordées par l'équipe?
3. Comment l'équipe peut-elle mieux travailler avec ce membre de la famille afin de réduire le conflit?
4. Comment les stigmates affectent-ils cette famille et le patient/client concernant le fait qu'il doit désormais prendre un médicament psychiatrique?
5. Envisagez un exercice de simulation impliquant les membres de l'équipe, la famille et le patient/client.

### **Situation 3 :**

Après avoir rencontré le médecin et le pharmacien, je comprends maintenant que le médicament pourrait être utile malgré certains risques associés. Nous nous sommes entendus sur le fait de l'essayer pendant une semaine et, à vrai dire, ma mère va mieux. L'équipe de soins infirmiers semble me soutenir davantage lorsque je la visite. Le ludothérapeute et l'ergothérapeute me disent qu'elle commence à faire des progrès avec la thérapie et les soutiens qu'ils fournissent. Le travailleur social est en train de travailler à augmenter le personnel de soutien à la maison afin que nous ayons un travailleur de soins

qui vienne tous les jours pour aider et surveiller ma mère. Elle sera aussi en mesure d'assister trois fois par semaine au programme de jour en gériatrie du centre communautaire local. Les autres jours, je serai en mesure d'aller la visiter sur le chemin du retour après le travail, et le reste de notre famille essaiera de la surveiller pendant les fins de semaine. J'espère que cela va aider. C'est beaucoup mieux de ne pas avoir à lutter avec les travailleurs en soins de santé. J'espère que ma mère n'aura jamais à aller dans une maison de soins infirmiers, mais je reconnais qu'elle aura peut-être besoin de plus de soins dans le futur.

### ***Discussion 3***

#### **Prise de décisions et pouvoir**

1. Discutez des attitudes de chaque membre de l'équipe et du modèle afin d'inclure les patients/clients ainsi que la famille dans la prise de décisions concernant les soins et le rétablissement.
2. Discutez des différences de pouvoir au sein de l'équipe en ce qui concerne les diverses décisions relatives aux soins.
3. Discutez des attitudes et des sentiments des membres de l'équipe concernant le placement résidentiel des patients/clients ayant des problèmes de santé mentale versus les soins dans la communauté.
4. Les membres de différentes disciplines considèrent-ils les exigences en termes de coûts et de ressources pour les plans de traitement du patient/client?

## Cas 4

<b>Nom :</b>	Stan
<b>Âge :</b>	43
<b>Sexe :</b>	Masculin
<b>Contexte :</b>	Milieu urbain
<b>Origine ethnique :</b>	Race blanche
<b>Contexte de prestation des soins :</b>	Hôpital
<b>Diagnostic :</b>	Schizophrénie
<b>Perspective :</b>	Équipe de soins cliniques de l'hôpital

### Résumé :

Il s'agit d'un cas impliquant une personne faisant une rechute de schizophrénie chronique et qui est réadmise à l'unité des soins psychiatriques pour les malades hospitalisés à partir de la communauté, par l'entremise du service d'intervention en cas de crise de l'hôpital. Lors de son admission, l'équipe de soins a développé une divergence d'opinions sur la dangerosité du patient et sur la meilleure façon de prendre soin de lui. Certains des problèmes soulignés comprennent :

sécurité et dangerosité, désaccord au sein de l'équipe, communication, rôles et responsabilités de l'équipe, famille, défense des droits, stigmates et planification des sorties.

### Contexte :

Stan a 43 ans et a beaucoup d'antécédents relatifs à la schizophrénie. Il a été hospitalisé de nombreuses fois pour sa maladie et est bien connu par l'hôpital et l'équipe communautaire de sa région locale. En général, il va bien et reçoit des soins dans un service de consultation externe. Il se rend à l'hôpital une fois par mois pour voir son psychiatre afin de recevoir ses ordonnances pour le maintien de sa médication. Il vit dans une maison de chambres et a un travailleur en santé mentale de la communauté qui le rencontre toutes les deux semaines. Stan reçoit ses médicaments par un pharmacien local qui lui fournit des médicaments en plaquettes alvéolées. Stan a rencontré un diététiste dans le passé concernant ses frustrations relatives à sa prise de poids et à sa glycémie élevée.

Avec l'aide du travailleur social et de l'équipe clinique de l'hôpital, il vit sur les prestations d'invalidité du gouvernement depuis plus de dix ans. Il voit un médecin de famille à sa clinique de santé communautaire. Il se rend à un centre local de soutien par les pairs et participe à des activités sociales. Il est bien connu par le bénévole offrant des services de soutien et par le ludothérapeute du programme. Il a une sœur qui habite dans une ville située à trois heures de chez lui et il lui rend visite deux fois par année pour des congés comme celui de Noël. Sa mère vit dans une maison de retraite et son père est décédé. La santé de sa mère est compromise et elle utilise un déambulateur. Pendant des années, elle s'est beaucoup impliquée auprès de Stan en tant qu'aidant naturel. Elle a emménagé dans la maison de retraite il y a cinq ans et a eu moins d'implication directe avec lui. Elle ne l'accompagne plus à ses rendez-vous à l'hôpital.

Stan est bien connu et bien aimé par les membres de l'équipe clinique qui ont travaillé avec lui. Lorsqu'il va bien, il est plaisant, a un bon sens de l'humour et arrive souvent une heure à l'avance à ses rendez-vous. Il aime socialiser avec les réceptionnistes et les membres de l'équipe de la clinique de l'hôpital et avec d'autres usagers/survivants de son groupe de soutien par les pairs. Lorsqu'il va bien, il aime faire du bénévolat au centre de soutien par les pairs lors des campagnes de collecte d'aliments durant les fêtes et les événements spéciaux. Avec l'aide de son conseiller en réadaptation professionnelle, il a obtenu un emploi à temps partiel dans sa maison de chambres où il est responsable d'entretenir l'enceinte, les corridors et les puits d'escalier. Cela lui prend environ trois heures par semaine pour lesquelles il est payé un petit montant qui ne compromet pas ses prestations d'invalidité. Stan est généralement bien aimé par les personnes dans la maison de chambres, aussi bien par le propriétaire que par les résidents.

### **Situation 1 :**

Vous êtes appelé à assister à une réunion d'équipe concernant Stan. Il a été admis il y a trois jours par l'entremise du service d'intervention en cas de crise. Il a menacé une nouvelle infirmière travaillant à temps partiel dans l'ascenseur en la traitant de « putain » et en lui disant de « faire attention ». L'infirmière a gardé cela pour elle pendant deux jours, n'étant pas certaine que cela avait de l'importance. La plupart des membres du personnel interne de l'hôpital connaissent bien Stan et, malgré le fait qu'il soit malade, ces derniers semblent très tolérants face à son comportement et à son langage paranoïaques et perturbateurs. Une réunion d'équipe a été prévue en ce qui concerne la façon de gérer le comportement de Stan et la menace faite à la nouvelle infirmière à temps partiel.

#### **Discussion 1**

##### **Cadres de travail théoriques et de résolution de problèmes**

1. Demandez aux membres de l'équipe d'expliquer de façon explicite leurs cadres de travail théoriques et de résolution de problèmes auxquels ils ont pensé concernant cette situation.
2. Demandez aux membres de l'équipe d'expliquer les cadres de travail et les modèles théoriques aux autres membres de l'équipe provenant d'autres disciplines et qui ne sont peut-être pas familiers avec ceux-ci.
3. Discutez explicitement des sentiments et attitudes de chaque membre de l'équipe concernant les menaces et comportements de la personne, et la façon de les gérer.

### **Situation 2 :**

L'équipe a réuni les renseignements suivants : Stan a cessé de prendre ses médicaments. Le pharmacien signale que Stan n'est pas venu chercher ses plaquettes alvéolées de médicaments courants il y a trois semaines. Le pharmacien a téléphoné et laissé un message sur le répondeur du psychiatre du patient/client. Cependant, le psychiatre ne répond pas directement au téléphone et n'a pas retourné l'appel. L'infirmière de santé communautaire visiteuse a rapporté qu'elle avait rendu visite à Stan et qu'elle avait remarqué qu'il devenait un peu plus sceptique et hostile. Il a cependant affirmé qu'il

prenait ses médicaments, mais l'infirmière n'a pas vérifié avec la pharmacie. Le psychiatre a signalé qu'il y a deux semaines, Stan ne s'est pas présenté à son rendez-vous mensuel de routine prévu. La mère de Stan a rapporté qu'elle commençait à s'inquiéter que Stan ne devienne malade puisqu'il avait commencé à l'appeler pour se plaindre de sa sœur. C'était souvent un signe du déclin de sa santé mentale. Sa mère n'était pas certaine de la personne à joindre ou de ce qu'elle devait faire.

### **Discussion 2**

#### **Rôles et responsabilités**

Profitez de cette occasion pour commencer à discuter des rôles et responsabilités concernant ce cas.

1. À qui revient le rôle de la surveillance des médicaments?
2. Qui la famille peut-elle appeler si elle est inquiète du déclin de la santé de Stan?
3. Comment les membres de l'équipe communiquent-ils entre eux?
4. Qui est responsable de la surveillance des rendez-vous manqués ou des ordonnances qui n'ont pas été exécutées?
5. Quelles méthodes les membres de l'équipe utilisent-ils afin de communiquer entre eux? Téléphone? Télécopieur? Courriel?
6. Qui peut évaluer et intervenir dans la communauté afin de prévenir le déclin de la santé mentale?
7. Quels sentiments les membres de l'équipe ont-ils concernant les responsabilités des autres? Qui a fait ou n'a pas fait son travail? Comment cela peut-il affecter les relations au sein de l'équipe lorsqu'ils travaillent ensemble?
8. Envisagez un exercice de simulation sur le désaccord entre les membres de l'équipe concernant les rôles et responsabilités.

### **Situation 3 :**

Pendant la réunion de l'équipe, les renseignements suivants sont révisés : Stan est une fois de plus devenu paranoïaque, ce qui est son principal symptôme lorsqu'il ne va pas bien. Il pense que sa sœur, les gens autour de lui, les membres de la communauté et les prestataires de soins sont contre lui et qu'ils essaient de l'empêcher de vivre sa vie. Au cours des quelques dernières semaines, il est devenu de plus en plus inquiet qu'une voiture stationnée de l'autre côté de la rue de sa maison ne le surveille. Il pense que des gens ont été engagés par sa sœur pour le tenir à l'œil. Stan s'inquiétait que les personnes à la beignerie locale soient des membres du réseau d'espions de sa sœur. Il est devenu agressif et a commencé à se disputer avec un client de la beignerie. Il l'a menacé; si le client n'admettait pas qu'il travaillait pour sa sœur, il devrait le sortir et l'obliger à tout avouer. À ce moment-là, le propriétaire a appelé la police.

Stan a été emmené par la police à la salle d'urgence de l'hôpital local et a été vu par le travailleur à l'intervention d'urgence. Le médecin de famille de la salle d'urgence l'a vu, mais n'a pas voulu faire un examen physique puisqu'il semblait agressif et très hostile. Le médecin de l'urgence a demandé au travailleur à l'intervention d'urgence de diriger Stan vers le psychiatre. La mère de Stan a été jointe, mais elle n'avait pas de transport pour se rendre à la salle d'urgence de l'hôpital. Au téléphone, elle s'est inquiétée concernant la

santé physique de Stan puisqu'il avait des antécédents de glycémie élevée. Elle a demandé que ce soit vérifié.

### **Discussion 3**

#### **Rôles, responsabilités, tenue de dossier, stigmates**

Profitez de cette occasion pour discuter du rôle des membres de la famille dans une situation de crise.

1. Comment et quand les membres de la famille sont-ils joints et comment leur apport est-il mis à contribution?
2. Quels renseignements sont disponibles pour l'équipe lors d'une situation de crise, ce qui comprend les antécédents, les médicaments et les problèmes médicaux? Qui est responsable d'obtenir ces renseignements? Quelle méthode de tenue de renseignements et de dossiers l'équipe utilise-t-elle?
3. Discutez des stigmates auxquels les patients/clients en santé mentale doivent faire face lorsqu'ils cherchent ou obtiennent des examens médicaux et des services relatifs aux soins.

### **Situation 4 :**

Le travailleur à l'intervention d'urgence a parlé au téléphone avec le psychiatre sur appel. Stan a été admis à l'unité de psychiatrie et déclaré comme patient involontaire. Il a reçu ses médicaments réguliers, qu'il a acceptés à contrecœur. Il parlait plus qu'à l'habitude, était irritable et agressif. Stan est toutefois bien connu du travailleur à l'intervention d'urgence et l'équipe clinique de l'unité a été relativement tolérante face à son comportement. Ils le connaissaient quand il allait bien et l'avaient vu aller mieux lors d'hospitalisations précédentes, habituellement au cours d'une période d'environ quatre ou cinq jours. Il ne menaçait pas de se faire mal ou de blesser quelqu'un en particulier, mais était quelque peu hostile et fâché. Il a demandé à quitter l'unité pour fumer, mais cela ne lui a pas été permis étant donné son statut d'involontaire et les coupures dans le personnel. Il a été visité par un défenseur des droits des patients et a été informé de ses droits. Sa mère a téléphoné et exprimé son inquiétude face au bien-être de Stan et a parlé à l'infirmière en charge.

### **Discussion 4**

#### **Défense des droits du patient et différences de pouvoir**

1. Comment l'équipe assure-t-elle la défense des droits des patients/clients lorsqu'ils sont déclarés involontaires?
2. Qui défend les patients/clients dans la communauté?
3. Quels sont les obstacles à l'obtention des droits et à la défense lorsque le patient/client ne va pas bien?
4. Discutez des différences de pouvoir dans les relations entre le patient/client et l'équipe quand les droits sont compromis puisque le patient/client est déclaré involontaire.
5. Discutez des différences de pouvoir lorsque les patients/clients ne vont pas bien.

### **Situation 5 :**

Un désaccord au sein de l'équipe s'est développé dans l'unité des malades hospitalisés. Plusieurs infirmières ainsi que le psychologue, qui avaient vu Stan lors de précédentes hospitalisations, le connaissaient et croyaient qu'il n'était pas nécessaire de le déclarer involontaire. Ils voulaient lui permettre d'aller à l'extérieur pour une fumer une cigarette et disaient qu'il était « inoffensif ». À certains moments, Stan se rendait aux postes d'infirmières et les accusait d'être membres de l'équipe d'espions et de faire exprès pour le garder à l'hôpital afin que sa sœur puisse lui voler des choses dans son appartement. Néanmoins, l'équipe était à l'aise et certaine qu'il irait mieux et serait retourné chez lui dans quelques jours, comme à l'habitude. Au troisième jour, il lui a été permis de sortir, accompagné d'une infirmière, pour fumer une cigarette. Il y a eu peu de problèmes. Finalement, une nouvelle infirmière à temps partiel a été assignée pour l'accompagner à l'extérieur pour fumer une cigarette. Plus tard, l'infirmière a signalé qu'il l'avait menacée en lui disant de « faire attention » et de « dire à sa sœur qu'il ne la laisserait pas s'en sortir avec quoi que ce soit ». Au début, elle a gardé cela pour elle. Elle s'inquiétait, mais avait remarqué que le reste des infirmières étaient très à l'aise avec Stan et disaient qu'il était « inoffensif ». Elle avait l'impression qu'elle serait perçue comme étant faible et qu'on penserait du mal d'elle si elle disait quelque chose. Un jour, elle s'est finalement effondrée en larmes devant une des autres infirmières et a été encouragée à rapporter les menaces à l'infirmière en charge.

Les menaces de Stan ont été rapportées au psychiatre et il a été ordonné de l'isoler pour la nuit jusqu'à ce que l'équipe puisse se rencontrer et discuter de la menace. Plusieurs des membres de l'équipe étaient contrariés de voir Stan isolé. Il commençait à aller mieux et ils ne comprenaient pas le besoin d'isolement à ce point de son hospitalisation. L'équipe était divisée en deux entre ceux qui avaient l'impression que l'infirmière en charge et le psychiatre étaient trop punitifs et ceux qui soutenaient l'ordre et étaient du côté de l'infirmière à temps partiel. Une infirmière en chef à temps plein, qui avait déjà travaillé avec Stan, a téléphoné à sa mère et l'a encouragée à venir voir ce qui se passait et à protéger Stan. Elle lui a dit qu'elle n'était pas d'accord avec l'ordre d'isolement.

### **Discussion 5**

#### **Résolution de conflits**

1. Discutez de la façon dont les conflits au sein de l'équipe peuvent être résolus relativement aux soins de ce patient/client.
2. Quand les équipes sont divisées, comment est-ce identifié, communiqué et quel procédé est utilisé?
3. Discutez des différences dans les relations de pouvoir en termes de décisions cliniques prises et de consignes cliniques.
4. Comment les membres de l'équipe procèdent-ils lorsqu'ils sont en désaccord avec une décision, mais qu'ils ont très peu de pouvoir pour changer la situation?
5. Quel pouvoir les familles ont-elles dans les relations au sein de l'équipe et comment peuvent-elles communiquer leurs points de vue en cas de désaccords et de conflits?

### **Situation 6 :**

La mère de Stan est arrivée le lendemain et a demandé une réunion. Elle était inquiète à l'idée que l'équipe puisse penser que son fils soit une mauvaise personne et voulait leur dire qu'il est une personne bonne et gentille et qu'il irait mieux. Elle a demandé un transport depuis sa maison de retraite jusqu'à l'hôpital afin de rencontrer l'équipe et a pris des dispositions spéciales pour une heure de transport fixe pour le retour. Elle est devenue vexée quand l'équipe est arrivée en retard pour la réunion. Son chauffeur ne voulait pas attendre et s'inquiétait qu'elle puisse emmener son fils avec elle. Il ne voulait pas qu'une personne ayant une maladie mentale monte dans sa voiture.

#### **Discussion 6**

##### **Communication et stigmates**

1. Comment la communication entre l'équipe et la famille peut-elle être facilitée?
2. Comment les réunions avec la famille ainsi que les contributions de cette dernière sont-elles organisées et comment l'équipe peut-elle répondre aux besoins cliniques de la famille?
3. Discutez des stigmates pour les membres de la famille, les patients/clients et le personnel de la clinique traitant la personne ayant des problèmes de santé mentale.

### **Situation 7 :**

L'équipe s'est rencontrée pour discuter du cas clinique et de la façon de gérer les menaces. Finalement, l'équipe s'est entendue sur un plan cohérent et il a été demandé à tout le monde, y compris à la famille, de le suivre. Un seul moyen de communication pour les accès de menaces a été mis en place par l'équipe. En quelques jours, Stan a répondu à la gestion clinique et est redevenu lui-même. Il lui a été permis de sortir en n'étant pas accompagné et il est devenu un patient volontaire. On a procédé à la planification de la sortie et un plan de sortie a été approuvé et mis en place.

#### **Discussion 7**

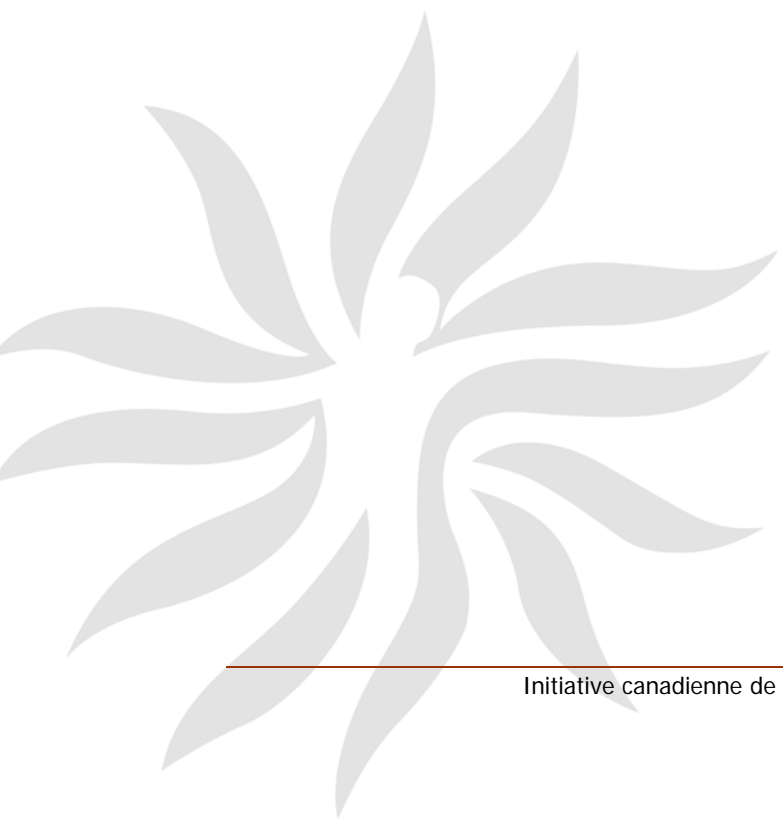
##### **Plan de traitement des sorties**

Discutez d'un plan de traitement des sorties pour Stan.

1. Quels systèmes de communication peuvent être mis en place s'il devait avoir encore besoin de soins?
2. Avec qui la famille peut-elle communiquer?
3. Qui peut surveiller Stan dans la communauté?
4. Quel rôle Stan a-t-il dans le plan et dans son rétablissement?
5. Quelles sont les meilleures pratiques pouvant être mises en place?
6. Comment l'équipe peut-elle aider Stan à réintégrer son groupe de soutien par les pairs de la communauté, son logement et son environnement social?
7. Quels genres de soutien peuvent appuyer le rôle de la famille dans les soins et le rétablissement? Quels sont les obstacles à l'implication du patient/client et de la famille?

Renforcer la collaboration par la formation interprofessionnelle :

Une ressource pour la collaboration entre les éducateurs en santé mentale



## Compte rendu de l'atelier

### Directives du facilitateur

Avant d'entamer cette discussion, demandez aux participants de répondre aux questions suivantes sur une feuille de papier :

1. Quelles sont les trois meilleures idées que vous avez eues grâce à cette journée?
2. Nommez trois idées fausses que vous aviez sur d'autres membres de l'équipe?
3. Nommez trois choses que vous avez apprises sur les autres membres de l'équipe?

#### Compte rendu de l'atelier : Objectifs

- Rassembler les rétroactions des participants sur leurs expériences
- Fournir le mot de la fin sur les événements de l'atelier
- Identifier toutes les prochaines étapes de la mise en œuvre de ce qui a été appris durant l'atelier

**Durée : 40 minutes**

#### Matériel :

- Marqueurs
- Tableau de conférence

Demandez aux participants de partager ce qu'ils ont appris durant l'atelier et de formuler toute question ou inquiétude supplémentaire qu'ils pourraient avoir. Envisagez de poser les questions suivantes :

1. Comment votre perspective s'est-elle transformée en ce qui concerne le travail dans un environnement avec une équipe interprofessionnelle?
2. Comment votre compréhension des rôles des autres professionnels/membres de l'équipe s'est-elle transformée?
3. Quels sont certains des bienfaits de travailler au sein d'une équipe interprofessionnelle? Pour vous? Pour les autres professionnels/membres de l'équipe? Pour les patients/clients, leurs familles et leurs aidants naturels?
4. Quels sont les domaines, l'expertise ou les idées que vous avez remis en question aujourd'hui? Pourquoi? Qu'avez-vous appris?
5. Nommez un stéréotype ou une croyance sur la formation interprofessionnelle ou les soins de santé mentale axés sur la collaboration qui a été remis en question aujourd'hui?

Identifiez les prochaines étapes concernant la façon dont les renseignements appris aujourd'hui pourraient être mis en œuvre dans le futur. Envisagez de poser les questions suivantes :

1. Comment pourriez-vous intégrer les principes et concepts de la formation interprofessionnelle et des soins de santé mentale axés sur la collaboration à vos activités actuelles?
2. Quels sont les autres professionnels/membres de l'équipe avec qui vous pourriez envisager de travailler dans le futur?

3. Comment pourriez-vous encourager d'autres collègues à apprendre sur les bienfaits de la formation interprofessionnelle et les soins de santé mentale axés sur la collaboration?
4. Comment pourriez-vous soutenir et encourager l'implication des usagers, des familles et des aidants naturels dans votre formation interprofessionnelle en cours et/ou dans vos activités actuelles de soins de santé mentale axés sur la collaboration?

## Évaluation

### Document à distribuer pour l'évaluation de l'atelier

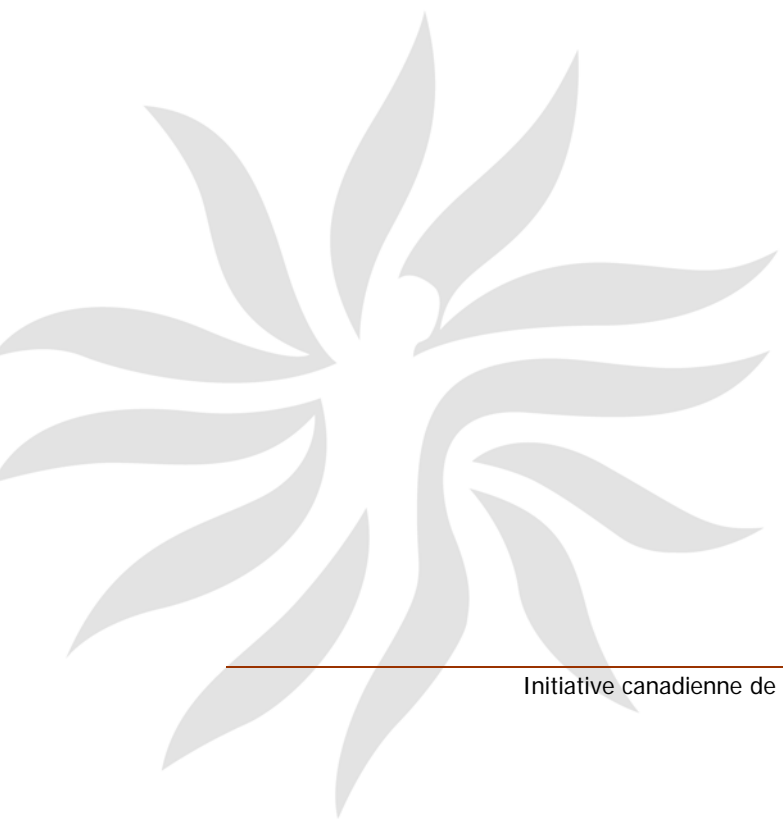
Basez votre classement sur vos attentes envers les cours/ateliers de type et de format similaires. Veuillez classer chaque point de façon indépendante des autres en encerclant le chiffre qui correspond le mieux à votre perception.

Point	Échelle							
	1 – tout à fait en désaccord 2 – en désaccord 3 – un peu en désaccord 4 – ni en accord ni en désaccord				5 – un peu en accord 6 – en accord 7 – tout à fait en accord S.O. - sans objet			
1. Le plan de cours ou les autres renseignements descriptifs du cours ont fourni suffisamment de détails sur le cours	1	2	3	4	5	6	7	S.O.
2. Le cours, tel qu'offert, suit le plan et les autres renseignements descriptifs du cours	1	2	3	4	5	6	7	
3. Le contenu du cours a été présenté de façon organisée	1	2	3	4	5	6	7	
4. Les réponses aux questions et commentaires des participants ont été données de façon appropriée	1	2	3	4	5	6	7	
5. Le contenu du cours a été communiqué avec enthousiasme	1	2	3	4	5	6	7	
6. Les participants ont été traités avec respect	1	2	3	4	5	6	7	
7. J'ai beaucoup appris durant ce cours	1	2	3	4	5	6	7	
8. Le matériel de soutien (p. ex., lectures, matériel audio-visuel, hauts-parleurs, équipement, logiciel, etc.) utilisé dans ce cours m'a aidé	1	2	3	4	5	6	7	
9. En général, je suis satisfait de ce cours	1	2	3	4	5	6	7	
10. Le composant « social » de ce programme (c.-à-d., repas, pause-café, lieu, etc.) n'a pas interféré avec mon apprentissage	1	2	3	4	5	6	7	
11. Il n'y avait aucune preuve d'image biaisée ou d'intrusion du domaine dans mon apprentissage	1	2	3	4	5	6	7	
12. Ce programme est équilibré et éthique	1	2	3	4	5	6	7	

Remarque : cette évaluation a été modifiée de la University of Calgary, disponible au [www.rcpsc.org](http://www.rcpsc.org).

Renforcer la collaboration par la formation interprofessionnelle :

Une ressource pour la collaboration entre les éducateurs en santé mentale



## Références

- Anthony WA (2000). A recovery-oriented service system: setting some system level standards. *Psychiatr Rehabil J*, 24(2), 159–68.
- Areskog N (1988). The need for multiprofessional health education in undergraduate studies [Éditorial]. *Medical Education*, 22, 251–252.
- Barr H (2002). *Interprofessional education: today, yesterday and tomorrow*. Londres : LTSN.
- Barr H (1998). Competent to collaborate: towards a competency-based model for interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 12, 181–187.
- Barr H (1996). Ends and means in interprofessional education: towards a typology. *Education for Health*, 9, 341–352.
- Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE) (1997). *Interprofessional education – a definition*. Londres : Centre for the Advancement of Interprofessional Education.
- Clark P (1995). Quality of life, values, and teamwork in geriatric care: do we communicate what we mean? *The Gerontologist*, 35(3), 402–411.
- Clark P (1991). Toward a conceptual framework for developing interdisciplinary teams in gerontology: cognitive and ethical dimensions. *Gerontology & Geriatrics Education*, 12(1), 79–96.
- Conseil canadien de la santé (2005). *Health care renewal in Canada: accelerating change (Le renouvellement des soins de santé au Canada : Accélérer le changement)*. Disponible au : <http://hcc-ccs.com/index.aspx>
- Craven M et Bland R. Meilleures pratiques pour des soins de santé mentale axés sur la collaboration : une analyse des données existantes (Better Practices in Collaborative Mental Health Care: An Analysis of the Evidence Base). *Can J Psych* 2006;51 (Supplément 1, mai), à paraître.
- Cullen L, Fraser D et Symonds I (2003). Strategies for interprofessional education: the interprofessional team objective structured clinical examination for midwifery and medical students. *Nurse Education Today*, 23(6), 427–433.
- Curran VR, Deacon DR et Fleet L (2005). Academic administrators' attitudes towards interprofessional education in Canadian schools of health professional education. *Journal of Interprofessional Care*, Supplément 1, 76–86.

Curran VR, Deacon D et Fleet L (2004). *Review, assessment and recommendations of accreditation standards, policies, and practices as they relate to interprofessional education for collaborative patient-centred practice (FIPCP)*. Secrétariat de la Formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient, Division des stratégies des ressources humaines en santé, Santé Canada.

D'Amour D et Oandasan I (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, Supplément 1, 8–20.

D'Eon M (2005). A blueprint for interprofessional learning. *Journal of Interprofessional Care*, Supplément 1, 49–59.

Drinka TJK (1996). Applying learning from self-directed work teams in business to curriculum development for interdisciplinary geriatric teams. *Educational Gerontology*, 22, 433–450.

Gilbert JHV (2005). Interprofessional learning and higher education structural barriers. *Journal of Interprofessional Care*, Supplément 1, 87–106.

Grant RW, Finnocchio LJ et le California Primary Care Consortium Subcommittee on Interdisciplinary Collaboration (1995). *Interdisciplinary collaborative teams in primary care: a model curriculum and resource guide*. San Francisco, CA : Pew Health Professions Commission, 1995.

Harden RM (1998). AMEE Guide No 12. Multiprofessional education: Part 1 – effective multiprofessional education: a three-dimensional perspective. *Medical Teacher*, 20, 402–408.

Hyer K, Flaherty E, Fairchild S, Bottrell M, Mezey M, Fulmer T, et al. (sous la direction de) (2003). *Geriatric Interdisciplinary Team Training: The GITT Kit (2e édition)*. New York : John A. Hartford Foundation, Inc.

Jacobson N et Greenley D (2001). What is recovery? a conceptual model and explication. *Psychiatr Serv*, 52(4), 482–485. <http://ps.psychiatryonline.org/cgi/reprint/52/4/482.pdf>

Kates N (2002). *Shared mental health care. The way ahead (Les soins partagés en santé mentale. La voie à suivre)*. Can Fam Physician. Mai, 48 : 853–5, 859–61.

Kirby MJL (2002). *The health of Canadians – the federal role: final report on state of the health care system in Canada*. Le Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, de la science et de la technologie. Disponible à partir du : <http://www.parl.gc.ca/37/2/parlbus/commbus/senate/com-e/soci-e/rep-e/repoct02vol6highlights-e.htm>

Mariano C, et al. (1999). Modifié de Ducarris A et Golin K (1979). *The interdisciplinary health care team: a handbook*. MD : Aspen Publishing Co.

McVicar J, Deacon D, Curran V, Cornish P (2005). *Initiatives de formation interprofessionnelle en soins de santé mentale axés sur la collaboration (Interprofessional education initiatives in collaborative mental health care)*. Mississauga, Ont. : Initiative canadienne de collaboration en santé mentale; juillet 2005. Disponible au : [www.iccsm.ca](http://www.iccsm.ca)

Nasmith L, Oandasan I, et al. (2003). *Interdisciplinary education in primary health care: moving beyond tokenism*. Forum du Collège des médecins de famille du Canada 2003, Calgary, Alberta, Canada.

Oandasan I et Reeves S (2005a). Key elements for interprofessional education. Part 1: the learner, the educator and the learning context. *Journal of Interprofessional Care*, Supplément 1: 21–38.

Oandasan I et Reeves S (2005b). Key elements for interprofessional education. Part 2: factors, processes and outcomes. *Journal of Interprofessional Care*, Supplément 1: 39–48.

Organisation mondiale de la santé (2005). *Preparing a health care workforce for the 21<sup>st</sup> century: the challenge of chronic conditions*. Genève : OMS.

Organisation mondiale de la santé. (1988). *Learning together to work together for health*. (Technical Report Series 769). Genève : OMS.

Parsell G et Bligh J (1999). Interprofessional learning. *Medical Education*, 33(9), 632–3.

Parsell G, Gibbs T et Bligh J (1998). Three visual techniques to enhance interprofessional learning. *Postgraduate Medical Journal*, 74, 387–390.

Parsell G, Spalding R et Bligh J (1998). Shared goals, shared learning: evaluation of a multiprofessional course for undergraduate students. *Medical Education*, 32, 304–311.

Pautler K et Gagné MA (2005). *Bibliographie annotée des soins de santé mentale axés sur la collaboration (Annotated bibliography of collaborative mental health care)*. Mississauga, Ont. : Initiative canadienne de collaboration en santé mentale; septembre 2005. Disponible au : [www.iccsm.ca](http://www.iccsm.ca)

Pauzé E et Gagné MA (2005). *Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires : Un examen des initiatives canadiennes. Volume II : Description des initiatives (Collaborative mental health care in primary health care: A review of Canadian initiatives. Volume II: Initiative descriptions)*. Mississauga, Ont. : Initiative canadienne de collaboration en santé mentale; décembre 2005. Disponible au : [www.iccsm.ca](http://www.iccsm.ca)

Pauzé E, Gagné MA et Pautler K (2005). *Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires : Un examen des initiatives canadiennes. Volume I : Analyse des initiatives (Collaborative mental health care in primary health care: A review of Canadian initiatives. Volume I: Analysis of initiatives)*. Mississauga, Ont. : Initiative canadienne de collaboration en santé mentale; décembre 2005. Disponible au : [www.iccsm.ca](http://www.iccsm.ca)

Pirrie A, Wilson V, Elsegood J, et al. (1998). *Evaluating multidisciplinary education in health care*. Londres : Department of Health.

Reeves S et Freeth D (2002). The London training ward: an innovative interprofessional learning initiative. *Journal of Interprofessional Care*, 16(1), 45–52.

Romanow RJ (2002). *Building on values: the future of health care in Canada – final report (Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada – rapport final)*. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Disponible à partir du : <http://www.hc-sc.gc.ca/english/care/romanow/index1.html>

Schaefer J et Davis C (2004). Case management and the chronic care model: a multidisciplinary role. *Lippincotts Case Manag.* Mars à avril 2004; 9(2):96-103. <PubMed>

Trainor J, Pomeroy E et Pape B (2004). *A framework for support (Un cadre pour le soutien) 3e édition*. Toronto : Association canadienne pour la santé mentale. Disponible à partir du : <http://www.cdha.nshealth.ca/programsandservices/mhstrategicplanning/framework.pdf>

Tsukuda RA (1990). *Interdisciplinary collaboration: teamwork in geriatrics*. In Cassell, Riesenber, Sorensen, Walsh, Éd. Geriatric Medicine (2e édition) (pp. 668–675).

Wee B, Hillier R, Coles C, et al. (2001). Palliative care: a suitable setting for undergraduate interprofessional education. *Palliative Medicine*, 15(6), 487–492.

## Annexe A : Glossaire de termes et Index des acronymes

### Glossaire des termes

**Après l'obtention du permis d'exercer** – Formation continue pour les professionnels des soins de santé.

**Centré sur l'utilisateur** – Des soins qui respectent et répondent aux préférences, aux besoins et aux valeurs de chaque patient, s'assurant ainsi que les valeurs du patient guident toutes les décisions cliniques.<sup>2</sup>

**Déterminants de la santé** – Facteurs de la vie quotidienne et de l'environnement de travail d'une personne qui peuvent affecter sa santé (p. ex., hébergement, scolarité, revenus, emploi, culture, environnement physique, équité).

**Formation interprofessionnelle** – Occasions durant lesquelles deux ou davantage de professions apprennent de – et sur – l'une et l'autre afin d'améliorer la collaboration et la qualité des soins.

**Gestion des maladies chroniques (GMC)** – Approche systématique visant à améliorer les soins de santé dispensés aux personnes souffrant de maladies chroniques en les aidant à conserver leur autonomie et le meilleur état de santé possible grâce à la prévention, au dépistage précoce et à la gestion des états chroniques (Colombie-Britannique, Ministry of Health Services, 2004).

**Interdisciplinaire** – Gamme d'activités de collaboration entreprises par une équipe de deux individus ou plus englobant différentes disciplines qui appliquent les méthodes et les approches de leurs disciplines respectives.

**Meilleures pratiques** – Technique ou méthodologie dont on a prouvé, par l'expérience et la recherche, la fiabilité à produire le résultat désiré. [Termes interchangeables : «pratiques exemplaires » et « bonnes pratiques »] (Santé Canada, 1998).

**Préautorisation d'exercer** – Stage aux premier et deuxième cycles.

**Prévention** – Interventions axées sur les facteurs de risque de maladies spécifiques dans le but de prévenir la première apparition de la maladie, de freiner ou de retarder une maladie diagnostiquée et ses effets, ou de réduire les risques de rechutes.

---

<sup>2</sup> Institute of Medicine (US). Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm : a new health system for the 21st century. Washington, DC : National Academy Press; 2001. Disponible au : <http://www.nap.edu/catalog/10027.html>

**Promotion de la santé** – La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. (La Charte d'Ottawa, OMS, 1986).

**Promotion de la santé mentale** – Démarche visant à améliorer la capacité des individus et des collectivités à prendre en main leur vie et à améliorer leur santé mentale (Santé Canada, 1998).

**Rétablissement** – Processus unique et fondamentalement personnel consistant à changer d'attitude, de valeurs, de sentiments, de buts, d'aptitudes et de rôle. Il s'agit d'une façon de vivre une vie satisfaisante, remplie d'espoir et axée sur la participation malgré les limites infligées par la maladie. Le rétablissement nécessite de trouver un nouveau sens et un nouvel intérêt à sa vie après avoir appris à surmonter les effets dévastateurs de la maladie mentale (Anthony, 1993).

**Soins de santé mentale primaires** – Services de santé mentale qui sont dispensés dans le contexte des soins de santé primaires. Ils peuvent avoir lieu au cabinet des prestataires de soins de santé, dans les cliniques communautaires, sur les lieux de travail, dans les écoles, à domicile, dans les établissements de soins de santé, les foyers de personnes âgées, les maisons de repos, les établissements correctionnels et les centres de jour. Les soins de santé mentale primaires peuvent aussi être offerts par téléphone, par les services d'information en santé et par Internet.

**Soins de santé primaires** – Le premier contact de l'individu avec le système de santé, caractérisé par un éventail de services de santé globaux, coordonnés et continus, notamment la promotion de la santé, le diagnostic, le traitement et la gestion des maladies chroniques.

**Soins de santé primaires axés sur la collaboration** – Premier contact de l'individu avec la prestation de services du système de santé par deux intervenants différents ou plus (professionnels de la santé, usagers, familles, organisations de soins de santé primaires, organismes communautaires) qui travaillent conjointement au sein d'un partenariat caractérisé par :

- Des buts et un intérêt communs
- La reconnaissance et le respect des forces et des différences propres à chacun
- Une prise de décisions équitable et efficace
- Une communication claire et régulière

Dans le but :

- De faciliter l'accès à une gamme complète de services (traitement, promotion de la santé, prévention des maladies et des blessures, gestion des maladies chroniques et entraide) dispensés par le prestataire le plus approprié, à l'endroit le plus adéquat
- D'offrir efficacement des soins de santé de la plus haute qualité qui soit
- D'utiliser rationnellement les ressources
- D'améliorer les résultats pour l'utilisateur

Renforcer la collaboration par la formation interprofessionnelle :

Une ressource pour la collaboration entre les éducateurs en santé mentale

---

**Spécialiste de la santé mentale** – Personne dotée d’une expertise en santé mentale, qu’elle soit reliée à la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic, le traitement ou la réhabilitation.

**Usager** – Un bénéficiaire des soins de santé et des services de soutien connexes dans tout contexte de prestation des soins. [Termes interchangeables : « patient », « utilisateur », « client »].<sup>3</sup>

### Index des acronymes

ACT Team	Assertive Community Treatment (ACT) Team (Équipe de traitement communautaire dynamique)
CDM	Gestion des maladies chroniques (GMC)
ICCSM	Initiative canadienne de collaboration en santé mentale
NNADAP	Native Alcohol and Drug Abuse Prevention
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAE	Programme d’aide aux employés

---

<sup>3</sup> Adapté de : Association médicale canadienne; Association des infirmières et infirmiers du Canada. Working together: a joint CNA/CMA collaborative practice project. HIV/AIDS example [document de référence]. Ottawa : AMC; 1996, p. 24.

Renforcer la collaboration par la formation interprofessionnelle :

Une ressource pour la collaboration entre les éducateurs en santé mentale



## Annexe B : Guide de décision

### Est-ce qu'un programme de formation interprofessionnelle est fait pour vous?

Bien que la formation interprofessionnelle dans le contexte des soins de santé mentale axés sur la collaboration comporte des avantages pour les étudiants, les facultés, les professionnels des soins de santé et le système de santé, un emplacement ou un établissement qui envisage d'introduire un programme de formation doit se demander : «Quand les bienfaits de faire équipe l'emportent-ils sur les obstacles? » Envisagez une approche de formation interprofessionnelle lorsque les caractéristiques suivantes sont représentatives de votre situation (Tsukuda, 1990) :

1. Le problème est suffisamment complexe pour demander plus d'un ensemble de compétences et de connaissances.
2. La quantité de connaissances ou de compétences pertinentes est si grande que personne ne peut les posséder toutes.
3. Réunir un groupe possédant plus d'un ensemble de connaissances ou de compétences aidera à solutionner le problème.
4. Ceux qui possèdent les compétences ou connaissances nécessaires sont capables d'agir comme les autres professionnels de la santé.
5. Les personnes impliquées travaillent vers un objectif commun pour lequel elles sont prêtes à prendre une responsabilité partagée.
6. Des équipes bien organisées peuvent atteindre un niveau de synergie qui améliore leur capacité et leur efficacité.

### Est-ce que votre université ou votre école est prête pour un programme de formation interprofessionnelle?

Ce qui suit est une liste de vérification conçue afin de vous aider à déterminer si votre université ou votre école est prête à introduire une expérience de formation interprofessionnelle. La liste de vérification est seulement un guide, mais est utile comme exercice pour la faculté afin de valider si les personnes impliquées partagent les mêmes croyances dès le début. Prenez en considération ce qui suit :

- Les tendances des politiques aux niveaux national, provincial ou local indiquent-elles un besoin de changer la façon dont vos diplômés fournissent des soins de santé mentale axés sur la collaboration en équipe?
- Votre université a-t-elle une vision ou un objectif concernant le genre de soins qu'elle souhaite voir ses diplômés fournir à leurs usagers en santé mentale?
- Votre université accueillerait-elle une initiative visant à élaborer des programmes d'enseignement et d'expériences cliniques des soins en équipe interprofessionnelle au sein d'une pratique en santé mentale axée sur la collaboration?

- Votre université a-t-elle des facultés siégeant sur un conseil qui s'engagent à améliorer la formation interprofessionnelle, et possède-t-elle les connaissances et les compétences en leadership nécessaires pour faire avancer un programme d'enseignement en santé mentale axé sur la collaboration?
- Votre université est-elle prête à entreprendre une évaluation du programme d'enseignement qui pourrait conduire à des changements d'importance?
- Pouvez-vous générer du soutien parmi un nombre critique (p. ex., trois ou quatre) de facultés/gestionnaires dans le but d'améliorer les programmes d'enseignement pour la formation de l'équipe de soins de santé mentale axés sur la collaboration?
- Votre administration s'engage-t-elle à améliorer les programmes de formation interprofessionnelle et les soins?
- Votre administration est-elle prête à allouer des ressources afin de procéder aux changements nécessaires pour améliorer les programmes d'enseignement et les stages?
- Les responsables des facultés de votre université sont-ils prêts à consacrer le temps nécessaire pour adapter les innovations aux programmes d'enseignement de la formation en santé mentale axée sur la collaboration afin de les personnaliser?
- Avez-vous des facultés appropriées et des facultés des sciences de la santé qui pourraient aider à l'élaboration de programmes d'enseignement?
- Y a-t-il un chef pédagogique qui est prêt à assurer le leadership et la coordination d'un nouveau programme de formation interprofessionnelle sur une base quotidienne?
- Pouvez-vous nommer l'unité pédagogique qui est prête à prendre la tête de l'amélioration des programmes d'enseignement de la formation interprofessionnelle?
- Les membres de la faculté auront-ils la force nécessaire pour garder toutes les facultés connexes impliquées et motivées?

### Ressources d'information supplémentaires

Il existe plusieurs initiatives, centres ou organismes d'excellence financés qui peuvent vous aider dans l'élaboration, la mise en œuvre ou l'évaluation de votre programme de formation interprofessionnelle.

#### Initiatives financées

- Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires : *Fostering Initiatives in Collaborative Practice and Interprofessional Education*. Il y a cinq initiatives qui forment la base de la stratégie nationale des soins axés sur la collaboration ([http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/index\\_e.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/index_e.html)) :
  - L'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale : [www.iccsm.ca](http://www.iccsm.ca)

Renforcer la collaboration par la formation interprofessionnelle :

Une ressource pour la collaboration entre les éducateurs en santé mentale

---

- *e-Therapeutics Drug Therapy Management* :  
[www.pharmacists.ca/content/about\\_cpha/whats\\_happening/cpha\\_in\\_action/etherapeutics.cfm](http://www.pharmacists.ca/content/about_cpha/whats_happening/cpha_in_action/etherapeutics.cfm)
  - Amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires : [www.eicp.ca](http://www.eicp.ca)
  - Initiative de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada : [www.cna-nurses.ca/cna](http://www.cna-nurses.ca/cna)
  - Projet de soins primaires obstétricaux concertés : [www.mcp2.ca](http://www.mcp2.ca)
- Une autre initiative clé financée par le FASSP est le projet Assurer un meilleur avenir : Engagement des fournisseurs actuels dans un système renouvelé de soins de santé primaires dans les provinces de l'Atlantique (<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/phctf-fassp/init/multi-atlantique.html>).
  - L'Initiative de Formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCP) fait partie de la Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé de Santé Canada [www.health-human-resources.ca](http://www.health-human-resources.ca).

#### **Centres, réseaux ou autres organismes**

- Ontario Centre for Collaborative Care : [nkates@mcmaster.ca](mailto:nkates@mcmaster.ca)
- Centre for Collaborative Health Professional Education : [www.med.mun.ca/cchpe](http://www.med.mun.ca/cchpe)
- Interprofessional Continuing Education : [www.interprofessional.ubc.ca](http://www.interprofessional.ubc.ca)
- Tri-Interprofessional Learning : <http://ipl.dal.ca/index.html>
- Interprofessional Education at the University of Toronto : <http://ipe.utoronto.ca/index.html>



## Série de trousse d'outils

Cette trousse d'outils fait partie d'une série de douze trousse d'outils.

### Trousse d'outils de mise en œuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs

1. Collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires : Une trousse d'outils sur la planification et la mise en œuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs  
*Une série de documents d'accompagnement pour la trousse d'outils de l'ICCSM sur la planification et la mise en œuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs. Établissant des initiatives axées sur la collaboration entre les soins de santé mentale et les soins de santé primaires pour les*
2. Populations autochtones
3. Enfants et adolescents
4. Populations ethno-culturelles
5. Personnes atteintes d'une maladie mentale grave
6. Personnes ayant des problèmes de toxicomanie
7. Populations rurales et isolées
8. Personnes âgées
9. Populations urbaines marginalisées

### Trousse d'outils pour les usagers, les familles et les aidants naturels

10. Travaillant ensemble vers le rétablissement : Les usagers, les familles, les aidants naturels et les prestataires de soins
11. Vers le rétablissement : Guide de santé mentale pour les peuples des Premières Nations

### Trousse d'outils pour les éducateurs

12. Renforcer la collaboration par la formation interprofessionnelle : Une ressource pour la collaboration entre les éducateurs en santé mentale

Une série de documents qui examinent les divers aspects des soins de santé mentale axés sur la collaboration accompagnent ces trousse d'outils :

- |   |  |
|---|--|
| 1. Obstacles et stratégies                  | 8. Ressources humaines dans le domaine de la santé                       |
| 2. Cadre de travail                         | 9. Prévalence de la maladie mentale et utilisation des services connexes |
| 3. Bibliographie annotée                    | 10. Formation interprofessionnelle                                       |
| 4. Meilleures pratiques                     | 11. Santé mentale des Autochtones [non publié]                           |
| 5. Initiatives canadiennes                  | 12. État des soins de santé mentale axés sur la collaboration            |
| 6. Examen des politiques                    |  |
| 7. Initiatives internationales [non publié] |  |

## Comité directeur

**Joan Montgomery**

**Phil Upshall**

*Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale*

**Terry Krupa**

**Darene Toal-Sullivan**

*Association canadienne des ergothérapeutes*

**Elaine Campbell**

**Jake Kuiken**

**Eugenia Repetur Moreno**

*Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux*

**Keith Lowe**

**Penelope Marrett**

**Bonnie Pape**

*Association canadienne pour la santé mentale*

**Janet Davies**

*Association des infirmières et infirmiers du Canada*

**David Gardner**

**Barry Power**

*Association des pharmaciens du Canada*

**Nick Kates [président de l'ICCSM]**

**Francine Knoop**

*Association des psychiatres du Canada*

**Linda Dietrich**

**Marsha Sharp**

*Diététistes du Canada*

**Denise Kayto**

*Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale*

**Robert Allen**

**Barbara Lowe**

**Annette Osted**

*Infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés du Canada*

**Marilyn Craven**

**Francine Lemire**

*Le Collège des médecins de famille du Canada*

**Lorraine Breault**

**Karen Cohen**

*Société canadienne de psychologie*

**Scott Dudgeon**

*Directeur général*

### Secrétariat de l'ICCSM

Maureen Desmarais, Coordonnatrice de projet

Scott Dudgeon, Directeur général

Marie-Anik Gagné, Gestionnaire de projet

Valerie Gust, Gestionnaire de communications

Tina MacLean, Adjointe de recherche

Jeneviève Mannell, Assistante en communications

Enette Puzé, Coordonnatrice de recherche

Enric Ribas, Assistant en graphisme

Shelley Robinson, Adjointe administrative

Initiative canadienne de collaboration  
en santé mentale

2630 avenue Skymark  
Mississauga, Ont. L4W 5A4

Tél. : (905) 629-0900

Télé. : (905) 629-0893

Courriel : [info@iccsm.ca](mailto:info@iccsm.ca)

[www.iccsm.ca](http://www.iccsm.ca)