



Programme Santé globale : un tremplin vers mon mieux-être

Document de synthèse

Version du 21 mars 2018



Offre de service du programme Santé globale
du Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux de la Capitale-Nationale

Offre de service du programme Santé globale

Nathalie Coulombe, chef de programme
Annick Simard, nutritionniste

Cette offre de service est le fruit d'une synergie de points de vue de différents acteurs qui se sont exprimés. Nous remercions de leur grande contribution :

- ▶ Les professionnels et le personnel de soutien administratif du programme Santé globale pour l'énergie déployée et leur implication aux différentes étapes du processus de consultation et d'écriture de l'offre de service;
- ▶ Les conseillères cadres de la Direction des services multidisciplinaires pour leur soutien et leur éclairage clinique;
- ▶ Les participants aux groupes de discussions pour leur générosité et leur apport constructif;
- ▶ Les artistes du programme Vincent et moi pour leur participation dans la création de l'œuvre du programme Santé globale.

Direction des programmes Santé mentale et Dépendances
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

15 mars 2019

Préface

Le programme Santé globale (PSG) a vu le jour en 2015 à la Direction des programmes Santé mentale et Dépendances du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale. Ce modèle d'organisation de services s'inspire des données probantes issues de la recherche et de l'expérientiel des professionnels du programme Santé globale, des utilisateurs et utilisatrices de nos services, de leurs proches et de nos partenaires du réseau public et communautaire.

Pour l'élaboration de l'offre de service, nous avons utilisé une approche collaborative. Cette démarche participative a permis d'impliquer les acteurs dans les différentes étapes du processus de coconstruction. Ce choix méthodologique présentait différents défis, notamment :

- ▶ La création d'une vision commune;
- ▶ La préservation du sens donné au travail commun : construire ensemble;
- ▶ Le temps que requiert ce type de processus;
- ▶ La coordination et l'animation des acteurs dans les différentes étapes : stimuler les échanges, apporter des éclairages, faire émerger des solutions, ouvrir des options, choisir, décider.

Les objectifs de ce choix méthodologique étaient, d'une part, de bâtir une offre de service qui répond aux besoins des personnes utilisatrices ciblées par le programme Santé globale et, d'autre part, de faire en sorte que cette offre soit basée sur des données probantes issues de la recherche et complémentaire à celle des partenaires du réseau public et communautaire.

Les conditions de réussite de la démarche furent, entre autres :

- ▶ L'ouverture et l'adhésion des professionnels du PSG;
- ▶ La création d'un climat constructif et de collaboration;
- ▶ Le respect des visions;
- ▶ La créativité des professionnels impliqués.

Le processus s'est déroulé en neuf ateliers de travail dirigés où chaque professionnel du programme Santé globale s'est engagé dans une démarche de réflexion. Nous avons également créé quatre groupes de discussions : deux avec des personnes utilisatrices de nos services (14) et un proche, et deux avec des partenaires du réseau public et communautaire (20). Les objectifs étaient de déterminer les besoins des personnes utilisatrices, de valider les attentes des partenaires à notre égard et d'explorer les pistes de collaboration à optimiser et à développer avec eux.

Témoignages

Utilisateur des services du programme Santé globale

« L'appréciation de vos services se définit par votre courtoisie et votre accueil ainsi que l'écoute de nos besoins. L'attitude pour offrir vos services n'est pas une approche agressive. Elle se fait tout en douceur, avec beaucoup de professionnalisme, et elle est plus humaine. On ne se sent pas comme un numéro. Le changement dans ma vie, après avoir reçu vos services, a été global. La plus-value est l'empathie de tous les intervenants. L'écoute et l'attention que l'on porte à ma santé mentale et physique sont des qualités que l'on ne retrouve pas toujours ailleurs. L'importance d'offrir de tels services pour des personnes en santé mentale est une question de survie! Pour s'en sortir, il faut avoir les outils. J'ai retrouvé ma confiance, l'estime de moi, une santé physique et mentale. C'est un cadeau que la vie m'a fait de pouvoir bénéficier de vos ressources. Cela m'a permis de reprendre confiance en moi, de sortir de l'isolement. Le moral est meilleur et j'ai repris le contrôle de ma vie; je vois la lumière au bout du tunnel. Quand on est à terre, on ne trouve pas et l'on ne voit pas toujours les ressources pour nous aider. C'est essentiel d'avoir des outils pour s'en sortir. Le Programme m'a permis de voir cette lumière au bout du tunnel. Cela m'a permis d'augmenter ma qualité de vie, de reprendre goût à la vie, d'être plus heureux. Je n'aurais pas pu le faire tout seul, sans le support du personnel et des services de votre programme. »

Georges Lebrun, utilisateur de services

Proche aidante

« Mon expérience de soins, en tant que proche d'un usager au programme Santé globale, m'a renseignée sur l'éventail, méconnu pour ma part, de votre offre de service. Concentrer vos services, en les regroupant en une entité et un lieu, favorise la planification des ressources au bénéfice de l'utilisateur dans un suivi optimal où l'accompagnateur a sa place. Il faut accompagner nos personnes fragilisées et leur accorder le temps nécessaire pour les écouter, leur permettre d'exprimer leurs besoins, de confier leurs craintes et leur détresse physique, psychologique et financière, considérer leurs perceptions et trouver les mots et l'aide nécessaire à leur corps et leur esprit afin de les faire avancer un pas à la fois. Il faut décomplexifier et mieux encadrer pour permettre aux usagers d'être moins éparpillés dans ce réseau de soins et services. J'adhère à votre approche, puisque vous avez permis un mieux-vivre à la maison. Vous m'avez ragailardie de tous les espoirs comme proche aidante. »

Josée Poliquin, proche aidante

Table des matières

Préface	2
Témoignages	3
Utilisateur des services du Programme Santé globale	3
Proche aidante	3
Données probantes tirées de la littérature	5
Constats majeurs et résumé des grandes lignes directrices	5
Grandes lignes directrices.....	11
Meilleures pratiques.....	14
Les racines du programme	20
L'interdépendance entre la santé physique et les troubles de santé mentale	20
Les impacts des troubles mentaux et de leur traitement pharmacologique sur les déterminants de la santé.....	21
Les bienfaits des interventions en santé globale sur le rétablissement des personnes ayant un trouble de santé mentale	22
Les déterminants de la santé	23
La mission du programme	24
Les valeurs ajoutées	25
L'équipe Santé globale	26
Valeurs du programme	27
Philosophie d'intervention	28
Approches privilégiées	29
<i>Aiguës, chroniques, troubles somatiques : arthrose, arthrite, fibromyalgie, lombalgie, etc.</i>	29
Approches privilégiées	30
Objectifs cliniques généraux et spécifiques du programme	31
Objectifs généraux des secteurs d'activité	32
Offre de service	33
Ambitions pour les cinq prochaines années.....	34
Conclusion	35
Annexe 1 : Modèle logique	36
.....	36
Annexe 2 : Critères d'admissibilité	38
Annexe 3 : Trajectoire de référence	39
Annexe 4 : Offre de service actuelle	40
Annexe 5 : Résumé des besoins exprimés par la clientèle lors des groupes de discussion	41
Bibliographie.....	44

Données probantes tirées de la littérature

Constats majeurs et résumé des grandes lignes directrices

Maladies chroniques et mortalité prématurée des personnes atteintes de troubles mentaux

Les personnes atteintes de troubles mentaux sont reconnues pour avoir une espérance de vie réduite de 15 à 25 ans comparativement à la population générale et un taux de mortalité de trois à cinq fois supérieur (Royal Australian & New Zealand College of Psychiatrists 2015; Saravane 2016; Ministeral Advisory Committee on Mental Health 2010; De Hert et collab. 2009). Également, la différence relative du taux de mortalité est multipliée par cinq chez les personnes âgées de 30 à 39 ans (NHS 2016). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) rapporte que la surmortalité des personnes atteintes de troubles mentaux s'aggrave de façon continue depuis les 30 dernières années alors que l'espérance de vie de la population générale augmente (Saravane 2016).

Jusqu'à 60 % de cette mortalité prématurée est attribuable à des causes naturelles induites par des pathologies physiques traitables (ou comorbidités physiques), notamment les maladies cardiovasculaires et respiratoires et le cancer (Bushe 2010; The Pou 2014; Saravane 2016; Capasso, et al. 2008). En effet, les personnes aux prises avec un trouble mental ont un risque accru de développer :

- ▶ **Des maladies respiratoires, des accidents vasculaires cérébraux ou du diabète de type 2 avant l'âge de 55 ans;**
- ▶ **Des maladies cardiovasculaires** (15,6 % comparativement à 11,5 % pour la population générale);
- ▶ **Du diabète de type 2** (14,9 % comparativement à 6,4 % pour la population générale) (McDevit, et collab. 2005). Le risque de diabète est accru de deux à quatre fois chez les personnes atteintes de schizophrénie (Newcomer, J. 2007), et de deux à trois fois chez celles qui sont atteintes de troubles bipolaires (Robinson, et collab. 2013; McIntyre, et collab. 2005). Les troubles mentaux (trouble bipolaire, dépression et schizophrénie) sont d'ailleurs reconnus comme des facteurs de risque indépendants de diabète de type 2 (Association canadienne du diabète 2013);
- ▶ **Des désordres gastro-intestinaux** (dont le côlon irritable), **de la fibromyalgie, de la fatigue chronique, des troubles de l'articulation temporo-mandibulaire et des douleurs pelviennes chroniques;**
- ▶ **Des cancers de l'intestin** (90 %) **et du sein** (42 %), particulièrement chez les personnes atteintes de schizophrénie.

Les maladies cardiovasculaires (Compton et Newcomer 2007; Newcomer 2007; Smith, et collab. 2007; Capasso, et collab. 2008) et celles liées au tabagisme constituent les principales causes de décès des personnes atteintes de troubles mentaux. À elle seule, la maladie cardiovasculaire accroît de deux à trois fois le taux de mortalité des personnes atteintes de schizophrénie et de troubles bipolaires (Saravane 2016; OMS 2016). La prévalence accrue de facteurs de risque coronarien modifiables tels que l'hypertension artérielle, l'obésité, le diabète, les dyslipidémies, le syndrome métabolique et le tabagisme est en partie responsable de ce constat (DeHert, et collab. 2009). Ces facteurs sont souvent associés entre eux, ce qui exacerbe le risque cardiovasculaire des personnes (Saravane 2016). De façon plus spécifique, leur risque relatif est augmenté de :

- ▶ 2 à 3 fois par l'**hypertension artérielle**;
- ▶ 2 à 3 fois par l'obésité (Newcomer, J. 2007; Melamed, Stein-Reiser 2008). L'**obésité** affecte de 40 % à 60 % des personnes atteintes de schizophrénie alors qu'on évalue le nombre à 24 % pour la population canadienne (Agence de la santé publique du Canada 2008). De plus, la prévalence d'adiposité viscérale, facteur incriminé dans le développement de la **maladie cardiovasculaire**, est 3 fois plus élevée chez ces personnes (Tschoner, et al. 2007; Chalfoun 2015);
- ▶ 2 fois par le **diabète**;
- ▶ 5 fois par les **dyslipidémies**;
- ▶ 4 fois par le **syndrome métabolique** qui augmente également le risque d'**accident vasculaire cérébral** et de diabète de type 2;
- ▶ 2 à 3 fois par le **tabagisme**.

De surcroît, les personnes atteintes de troubles mentaux ont de 40 à 60 % plus de risques de mourir prématurément de problèmes de santé chroniques (Saravane 2016; OMS 2015) ou d'affections aiguës (telles que l'appendicite et l'accident vasculaire cérébral) non diagnostiquées ou non traitées (Naylor, et collab. 2017).

Interrelations entre la santé mentale et la santé physique

Les personnes atteintes de troubles mentaux ont plus de risques de développer des maladies chroniques. À leur tour, les personnes atteintes de maladies chroniques sont plus susceptibles de développer des troubles mentaux. Une association complexe et bidirectionnelle a d'ailleurs été démontrée entre les maladies physiques chroniques et une santé mentale déficiente (De Hert, et collab. 2009). Selon l'Association canadienne pour la santé mentale, les personnes qui déclarent avoir des symptômes de dépression déclarent également trois fois plus de maladies physiques chroniques que la population en général, tandis que les personnes souffrant de maladies physiques chroniques risquent deux fois plus d'être atteintes d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble anxieux que celles qui n'en sont pas atteintes.

Effets des maladies chroniques sur la santé mentale et les troubles mentaux

Les maladies chroniques nuisent à la santé mentale. Elles altèrent les capacités d'autogestion de la santé et exacerbent les symptômes psychiatriques. De surcroît, la sévérité des symptômes dépressifs et psychotiques de même que le taux de tentatives de suicide sont proportionnels au nombre de comorbidités physiques. Les maladies chroniques telles que le diabète, l'arthrite, les maladies pulmonaires, les maladies cardiaques, les antécédents d'accident vasculaire cérébral et la douleur chronique, tout comme les besoins de soins physiques non comblés, augmentent l'utilisation des services

de santé, doublent la durée moyenne des hospitalisations et représentent des facteurs prédictifs de réadmission dans les soins de santé mentale. Le *National Health Service*, en Angleterre, estime d'ailleurs que de 5 à 8 % des hospitalisations non planifiées en santé mentale sont dues à des problèmes de santé physique (NHS 2016).

La coexistence de la maladie physique et des troubles mentaux a un impact plus important sur le statut fonctionnel et la qualité de vie des personnes que la maladie physique à elle seule, et ce, indépendamment de son degré de sévérité. Aussi, la qualité de vie est un élément important à prendre en considération dans le traitement des personnes atteintes de troubles mentaux graves, considérant l'influence qu'elle exerce sur la réponse au traitement, la progression de la maladie et la mortalité. De plus, elle est parfois perçue comme le seul enjeu important par les personnes (Dickerson, et al. 2008). À plus long terme, les maladies chroniques augmentent le taux d'invalidité, limitent la participation à la main-d'œuvre et majorent les probabilités de dépendance sociale et de pauvreté, ce qui compromet le rétablissement des personnes.

Enquête étiologique sur les comorbidités physiques

La cause des comorbidités physiques est multifactorielle. Elle inclut des facteurs génétiques, des facteurs liés au style de vie ainsi que des effets spécifiques à la maladie mentale et à son traitement (De Hert, et collab. 2009). Elle est également attribuable aux inégalités sociales de santé qui touchent les personnes atteintes de troubles mentaux graves. D'autres facteurs tels que des dysfonctions physiques, l'absence d'activités significatives ou d'activités de loisirs, les difficultés d'accès aux soins de santé et la stigmatisation en sont également responsables (Fleury, et collab. 2012a; De Hert, et collab. 2009; Saravane 2016).

Inégalités sociales de santé

L'espérance de vie tout comme le risque d'apparition d'une maladie cardiovasculaire, du diabète de type 2 ou d'autres maladies chroniques dépendent d'abord des conditions de vie d'une personne (Mekkoen 2011). Des conditions sociales défavorables telles qu'un revenu insuffisant ou un logement inadéquat entraînent de hauts niveaux de stress physiologique et psychologique, nuisibles à la santé. L'ensemble des facteurs qui influencent l'état de santé d'une personne, aussi appelés déterminants de santé, est en grande partie responsable des inégalités sociales de santé (CIUSSS de la Capitale-Nationale 2018). Un sondage national effectué en 2009 par le Centre de toxicomanie et de santé mentale de Toronto illustre bien ce phénomène. Les résultats démontrent que les personnes qui vivent dans la pauvreté sont plus à risque de développer des maladies cardiovasculaires, du diabète de type 2, de l'obésité, et de voir leur espérance de vie réduite comparativement à celle des individus qui bénéficient d'un revenu élevé (Goggins 2009).

Les troubles mentaux influencent l'ensemble des dimensions de la vie d'une personne : son réseau social, son niveau d'éducation, ses occupations, sa participation à la collectivité, son mode de vie, sa santé et, ultimement, sa longévité (Santé Canada 2015). Aussi, des déterminants sociaux tels que la précarité du statut socioéconomique, l'insécurité alimentaire, les difficultés d'accès aux transports, la marginalisation, l'isolement social, la stigmatisation et autres sont souvent retrouvés chez cette personne. Le Collège royal des psychiatres reconnaît d'ailleurs que les personnes atteintes de troubles mentaux présentent des inégalités sociales de santé persistantes comparativement à la population générale.

Les troubles mentaux

Les personnes aux prises avec des troubles mentaux ont plus de risques de présenter des antécédents familiaux de diabète, au point où les troubles psychiatriques (trouble bipolaire, dépression et schizophrénie) sont considérés comme des facteurs de risque de diabète de type 2 par l'Association canadienne du diabète (Ekoé, et collab. 2013). Qui plus est, certaines études rapportent la présence d'anomalies métaboliques significatives chez des personnes atteintes d'un premier épisode de psychose qui n'ont jamais reçu de traitement pharmacologique, entre autres une augmentation du cholestérol total et de la graisse intra-abdominale. Cela suggère que certaines anomalies métaboliques pourraient constituer une partie intégrante de la schizophrénie.

Les troubles mentaux sont également associés à une augmentation chronique des hormones de stress, dommageables pour la santé. Finalement, certains symptômes tels que l'apathie, les délires, les hallucinations ainsi que les troubles de la pensée, de l'humeur ou du comportement augmentent également le risque de comorbidités physiques en altérant, notamment, le mode de vie des personnes.

Effets secondaires du traitement pharmacologique

La médication employée en psychiatrie est un autre facteur responsable du taux élevé de morbidité des personnes atteintes de troubles mentaux (Saravane 2016). À titre d'exemple, les antipsychotiques de même que certains thymostabilisateurs et antidépresseurs peuvent induire une prise de poids ou aggraver d'autres facteurs métaboliques de risques cardiovasculaires (Lindenmayer, et collab. 2003; Lieberman, et collab. 2005; De Hert, et collab. 2009). Les antipsychotiques de seconde génération, plus particulièrement, sont reconnus pour induire des gains de poids substantiels, du diabète et un profil lipidique athérogène caractérisé par l'élévation des triglycérides et une baisse du cholestérol HDL. Également, ces molécules sont liées à une augmentation du risque d'obésité, du syndrome métabolique et de problèmes cardiovasculaires (Tschoner, et collab. 2008; Baptista, et collab. 2008). Le gain pondéral et l'obésité nuisent à la qualité de vie des personnes. Ils peuvent affecter l'image corporelle et l'estime de soi, entraîner le rejet social (Baptista, et collab. 2008; Saravane 2016), altérer le fonctionnement physique, la santé globale et les rôles affectifs (Sánchez-Araña Moreno, et collab. 2010). Ils constituent d'ailleurs l'une des principales causes d'abandon du traitement pharmacologique (Saravane 2016), ce qui expose les personnes à un risque accru de rechute et augmente les coûts de santé (Baptista, et collab. 2008).

La sédation et les variations de l'appétit ou des préférences alimentaires sont d'autres exemples d'effets secondaires pouvant détériorer les habitudes de vie et augmenter le risque de comorbidités physiques (site Web Portail santé mieux-être du gouvernement du Québec 2015; site Web AQPAMM 2015).

Sédentarité

Les personnes aux prises avec des troubles mentaux ont des taux de sédentarité significativement plus élevés que la population générale. Or, la sédentarité est un facteur de risque bien documenté des comorbidités physiques, en plus d'être associée à la sévérité des symptômes négatifs et à l'altération du fonctionnement socioprofessionnel (Firth, et al. 2016). Reconnue comme un facteur de risque majeur des maladies cardiovasculaires, voire comme le principal facteur prédictif de mortalité (Kodama, et al. 2009; Lee, et al. 2010) toutes causes confondues (Blair, et al. 2009), elle représente une barrière réelle au processus de réadaptation et de réintégration dans la communauté (Firth, et al. 2016). La sédentarité est associée à une diminution de la capacité fonctionnelle (Kerling, et al. 2013), reflet du fonctionnement global d'une personne dans sa vie quotidienne. En comparaison avec la population générale de même

âge et de même sexe, tous diagnostics confondus, les personnes atteintes de troubles mentaux graves sont plus sédentaires et ont par conséquent une capacité fonctionnelle diminuée (Vancampfort, et al. 2016).

Dysfonctions physiques

Les douleurs musculosquelettiques, les troubles d'équilibre, les problèmes liés à la marche et la somatisation sont fréquemment rencontrés chez les personnes atteintes de troubles mentaux (Wilhelm 2008). Ces problèmes altèrent le statut fonctionnel des personnes et par conséquent leur niveau d'activité, ce qui compromet ainsi leur santé physique.

Problèmes nutritionnels

La nutrition occupe une place centrale dans le développement, le maintien, l'évolution et la portée des maladies chroniques (obésité, diabète, hypertension artérielle, dyslipidémie, maladies cardiovasculaires et cancer), principales causes de mortalité des personnes atteintes de troubles mentaux (Teasdale, et collab. 2017; Basdevant 2014). Également, les facteurs nutritionnels impliqués dans le développement de ces maladies sont maintenant reconnus comme des facteurs de risque pour la santé mentale (Parletta, et collab. 2013).

Les personnes atteintes de troubles mentaux ont tendance à avoir une moins bonne alimentation, une incidence accrue de dysphagie et des problèmes nutritionnels particuliers tels que le syndrome du mangeur rapide, d'où un risque accru de carences nutritionnelles et de maladies chroniques surtout chez celles qui sont âgées ou qui présentent des comorbidités physiques (Ramsey et Muskin 2013). Aussi, les troubles mentaux graves conduisent souvent les personnes vers l'insécurité alimentaire qui peut contribuer à la détérioration de leur santé globale (Dietitians Association of Australia 2012).

Difficultés d'engagement dans des activités significantes

Les troubles mentaux entraînent des incapacités sévères et persistantes sur le plan social, occupationnel et cognitif qui peuvent affecter la capacité d'une personne à maintenir un engagement occupationnel satisfaisant et ainsi nuire à sa santé physique et mentale.

Difficultés d'engagement dans des activités de loisirs

Plusieurs personnes aux prises avec un trouble de santé mentale ont de la difficulté à démarrer des activités de loisirs ou à s'y impliquer et ont besoin de soutien ou d'accompagnement pour se mettre en action. Des facteurs tels que le manque de ressources, la précarité financière, les difficultés de transport, l'absence de soutien social, la stigmatisation et autres constituent les principaux obstacles à leur mise en action. Celles qui vivent dans la communauté disent parfois ressentir l'ennui et l'isolement. Elles attribuent leur faible qualité de vie aux échecs personnels, aux difficultés à développer et maintenir des relations, à la solitude, aux problèmes de santé physique et mentale, à l'inactivité et aux difficultés de prendre soin de leur santé.

Obstacles à l'accès aux soins de santé

Les difficultés d'accès aux soins de santé s'expliquent, en partie, par des facteurs liés à la maladie mentale. Des symptômes tels que les idées délirantes, le déni de la maladie, les troubles de la perception, les troubles cognitifs et autres peuvent amener la personne à négliger les signes physiques de la maladie ou encore la rendre incapable de les reconnaître ou de les rapporter. Également, une altération du schéma corporel comme une plus grande tolérance à la douleur peuvent gêner la perception des symptômes physiques. Les modifications du comportement social, les troubles cognitifs, les difficultés d'observance du rendez-vous de traitement ou de suivi, le repli sur soi, l'isolement, etc., sont d'autres exemples de facteurs pouvant nuire à l'obtention de soins de santé appropriés (Saravane 2016).

La rupture dans la continuité des services, par défaut de coordination et de communication entre les différents prestataires de soins de santé, contribue à la détérioration de la santé physique des personnes. De plus, les difficultés à naviguer dans le système de santé de même que la disparité de l'organisation des soins médicaux dans les services en santé mentale sont d'autres facteurs pouvant limiter l'accès aux soins de santé physique des personnes atteintes de troubles mentaux (Saravane 2016). L'absence de voies de référence claires pour des conditions souvent rapportées en psychiatrie telles que les douleurs musculosquelettiques, les maux de tête persistants, la fatigue chronique, les douleurs thoraciques, les palpitations cardiaques et les malaises gastriques, par exemple, entraîne de nombreuses références vers différents professionnels de la santé obligeant ainsi les personnes à revenir sur leur histoire et à subir des tests diagnostiques à répétition, ce qui peut les dissuader de consulter (Naylor, et collab. 2017). Une mauvaise gestion de ces symptômes augmente également le taux de détresse psychologique, de troubles anxieux et de l'humeur, en plus de contribuer à la détérioration de la qualité de vie de ces personnes (Park et Gilmour 2017).

Le manque de programmes de sensibilisation aux saines habitudes de vie et de services adaptés à la condition des personnes atteintes de troubles mentaux contribue à la diminution de leur espérance de vie. En effet, il est établi que la prévention comme le dépistage et le traitement des comorbidités et des dysfonctions physiques sont insuffisants chez la clientèle psychiatrique (Poulin 2005; Goff, et collab. 2005; Saravane, et collab. 2016). Leur mode de vie est souvent négligé alors que les personnes sont reconnues pour être plus sédentaires, avoir une moins bonne alimentation et un taux plus élevé de tabagisme (Gignoux-Froment 2010; Liu, et al. 2017). De même, le manque de sensibilisation ou de connaissance des proches sur les comorbidités physiques, leurs traitements, leurs facteurs de risque et de prévention ainsi que l'importance accordée à la santé mentale au détriment de la santé physique nuisent à l'attention portée à la santé physique des personnes (Saravane 2016).

Stigmatisation

Les préjugés des intervenants de la santé à l'égard des personnes atteintes de troubles mentaux peuvent entraîner des retards de diagnostic et compliquer, à plus long terme, la prise en charge de leur santé physique (Samson, et collab. 2014; Saravane 2016). En effet, il semble exister un écart entre la perception des personnes et les intervenants de la santé. Plusieurs intervenants croient, à tort, qu'elles se préoccupent peu de leur santé physique alors que ces dernières disent s'en soucier, mais avoir besoin de plus de soutien pour se mettre en action. Cette attitude décourage les personnes aux prises avec des troubles mentaux de demander l'aide nécessaire alors qu'un traitement rapide, dès l'apparition des premiers symptômes, est déterminant dans le succès de l'intervention (site Web Portail santé mieux-être du gouvernement du Québec 2017). Elles rapportent qu'il leur est souvent plus difficile de vivre avec la

stigmatisation associée à la maladie mentale qu'avec leurs symptômes. La stigmatisation peut les conduire à garder le silence sur leur trouble mental, à différer une demande de soins de santé, à négliger leur traitement ou à taire leurs préoccupations auprès de leur entourage et des intervenants de la santé. La stigmatisation représente d'ailleurs l'un des principaux freins à la quête de soins physiques et amène près des deux tiers des personnes atteintes de troubles mentaux à se priver des soins et des services de santé dont elles ont besoin (Samson, et collab. 2014).

Ces nombreux constats démontrent les liens d'interdépendance entre la santé mentale et la santé physique. Afin d'assurer adéquatement un traitement ou de prévenir le développement de complications, l'état de santé de la personne doit être pris en considération dans son ensemble.

Grandes lignes directrices

Intégration des soins de santé physique et mentale

Les défis posés par le système de soins de santé ont contribué à l'écart inacceptable qui prévaut entre l'espérance de vie des personnes atteintes de troubles mentaux et la population générale. Les coûts importants, à la fois pour les personnes et pour le système de santé, liés au tabagisme, à l'obésité, à la douleur chronique, à l'inactivité et autres sont bien établis. Ce qui est moins connu, c'est qu'une proportion substantielle de ces coûts est consacrée aux personnes atteintes de troubles mentaux (Naylor, et collab. 2017). Il est donc impératif qu'elles reçoivent des soins de santé physique appropriés et le soutien nécessaire à l'adoption d'un mode de vie plus sain (NHS 2016).

Les initiatives de soins intégrés dans le monde ont accordé une attention insuffisante à la relation entre la santé mentale et la santé physique (Naylor, et collab. 2017), lesquelles sont pourtant inextricablement liées (Mental Health Commission 2016). Le fait de les considérer comme deux entités distinctes est préjudiciable au bien-être des personnes (NHS 2016). Les initiatives de soins intégrés doivent passer d'une perspective de prise en charge à une approche de santé populationnelle, axée sur les inégalités de santé. Elles doivent adopter une vision élargie qui tient compte de l'influence des déterminants sociaux de la santé sur la condition de la personne. L'intégration de la santé mentale et physique doit être au centre de cette vision pour deux raisons : d'abord, la mort prématurée des personnes atteintes de troubles mentaux constitue l'une des inégalités de santé les plus marquées; ensuite, la relation entre l'état de santé mentale et l'état de santé physique est intimement liée au contexte psychosocial et constitue un mécanisme important par lequel les inégalités se perpétuent. L'adoption d'une perspective de santé populationnelle des soins intégrés positionne la santé mentale et physique au cœur des interventions (Naylor, et collab. 2017).

Une approche populationnelle plus intégrée de la santé permettant de traiter les déterminants de la santé physique et mentale de manière coordonnée s'avère prometteuse. Cet aspect de l'intégration des soins devrait constituer une partie importante des efforts visant le développement de nouveaux modèles de soins dans les milieux de traitement précurseurs. Une meilleure intégration de la santé physique et mentale permettrait d'augmenter l'efficacité des soins, de diminuer les coûts et de réduire les inégalités de santé (Naylor, et collab. 2017).

La priorité devrait être accordée aux interventions démontrées efficaces pour améliorer la santé mentale et physique telles que la pratique d'une activité physique en plein air, par exemple, ainsi que les initiatives

favorisant les interactions sociales et brisant l'isolement (Naylor, et collab. 2017). De même, l'accent devrait être mis sur les interventions préventives. C'est pourquoi une gamme de stratégies de modification des habitudes de vie pouvant soutenir la santé mentale telles que l'amélioration des habitudes alimentaires, la pratique d'une activité physique et autres devraient être considérées dans le traitement des troubles mentaux, au même titre que celles qui sont déjà établies (Jacka 2017). À titre d'exemple, l'adoption d'une saine alimentation combinée à la pratique d'une activité physique a démontré son efficacité sur le contrôle du poids, mais aussi sur l'amélioration de la qualité de vie, l'estime de soi et du bien-être chez les personnes atteintes de troubles mentaux.

Les Lignes directrices australiennes pour le traitement des personnes atteintes de troubles de l'humeur reconnaissent la nécessité d'aborder l'influence des habitudes de vie (alimentation, exercice, sommeil et tabac) en première intention du traitement des troubles dépressifs majeurs, considérant l'ampleur des données émergentes et des preuves établies (Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists 2015).

Malgré le volume croissant de données probantes, il n'y a pas de recommandations précises sur la façon de concevoir et de mettre en œuvre des services intégrés de soins de santé mentale et physique (Naylor, et collab. 2017). L'innovation requiert que les équipes en santé mentale expérimentent et évaluent de nouvelles avenues. Par ailleurs, la question de la continuité des soins de santé physique est primordiale en santé mentale (Fédération française de psychiatrie 2015).

Psychiatres et médecins généralistes

Les psychiatres et les médecins généralistes devraient veiller activement à ce que la clientèle aux prises avec des troubles mentaux ne soit pas désavantagée par rapport à sa santé physique. L'évaluation et le traitement des facteurs de risques cardiovasculaires et de diabète devraient faire partie intégrante du traitement de leur clientèle et, au besoin, ils devraient la diriger vers les spécialistes (cardiologues, internistes, etc.) (De Hert, et collab. 2009).

Formation des intervenants de la santé

Tous les intervenants de la santé ont un rôle essentiel à jouer pour assurer une meilleure intégration des soins de santé mentale et physique (Naylor, et collab. 2017). À titre d'exemple, les interventions de sensibilisation et de promotion de l'activité physique réalisées par un médecin ou un autre professionnel de la santé ont démontré leur efficacité sur le niveau de pratique de l'activité physique chez les personnes atteintes de troubles mentaux (Fédération française de psychiatrie 2015; Lesage 2013). Elles s'avèrent même le facteur le plus important associé à la pratique d'une activité physique au moins une fois par semaine (Pelletier 2017). L'amélioration de la prise en charge de la santé physique des personnes atteintes de troubles mentaux requiert une approche multidisciplinaire organisée impliquant les médecins généralistes, les psychiatres et les autres médecins spécialistes, les soins infirmiers, les différents professionnels de la santé (psychologues, travailleurs sociaux, nutritionnistes, etc.), de même que les associations de familles et de personnes utilisatrices de services, les personnes et leurs proches.

Des groupes de discussion réunissant des personnes utilisatrices de services et des intervenants en santé mentale ont souligné la nécessité de former et d'habiliter les professionnels de la santé à considérer la personne dans sa globalité. De plus, de nouvelles approches de formation et de développement des compétences du personnel en santé mentale sont nécessaires afin d'assurer une main-d'œuvre apte à

soutenir l'intégration de la santé mentale et physique. Tous les programmes de formation dans les soins en santé mentale devraient avoir une base commune suffisante en matière de santé physique et mentale et inclure de la formation sur les troubles concomitants afin d'assurer une collaboration plus étroite avec les équipes en toxicomanie. Plus fondamentalement, un changement culturel doit s'effectuer au sein du personnel afin que tous les intervenants considèrent la promotion de la santé physique comme une partie importante de leur rôle (Naylor, et collab. 2017).

Un des objectifs essentiels de la formation est d'améliorer les connaissances, les compétences et la confiance des intervenants en santé mentale dans le traitement de la santé physique des personnes. Les formations conjointes entre les professionnels de la santé mentale et physique ont été identifiées comme une méthode d'apprentissage utile qui permet de recadrer la compréhension des personnes par l'utilisation de l'approche biopsychosociale. En plus de transmettre de nouvelles connaissances, la formation permet d'influencer les attitudes des intervenants et de contrer la stigmatisation (Naylor, et collab. 2017). Des domaines de formation et développement des compétences, considérés comme essentiels pour soutenir l'intégration de la santé mentale et physique, ont été définis.

Activités de développement ciblées

Sensibilisation et identification de conditions et de facteurs de risque communs. Exemples :

- ▶ Prévalence et identification des problèmes de santé mentale communs chez les personnes ayant des problèmes de santé physique à long terme ou durant la période périnatale;
- ▶ Évaluation biopsychosociale;
- ▶ Effets secondaires physiques des médicaments psychotropes.

Compétences techniques en communication/consultation. Exemples :

- ▶ Approche de l'entrevue motivationnelle pour soutenir les changements de comportement;
- ▶ Façons d'explorer les problèmes psychosociaux lors des consultations;
- ▶ Fixer des objectifs visant la santé globale avec les personnes.

Savoir à qui référer, connaître les ressources disponibles. Exemple :

- ▶ Connaître les critères de référence et les disponibilités des différentes ressources.

Enseigner des approches spécifiques ou compétences cliniques/stigmatisation. Exemples :

- ▶ Techniques psychothérapeutiques de base;
- ▶ Principes de la pleine conscience;
- ▶ Attentes face au pronostic;
- ▶ Capacité des personnes atteintes de troubles mentaux de cesser de fumer;
- ▶ Rôle des intervenants en santé mentale dans l'amélioration de la santé physique et vice versa.

Formation des pairs et des proches

Le soutien par les pairs et les proches a été reconnu comme un élément efficace des interventions multidisciplinaires axées sur les changements du mode de vie. La formation des pairs et des proches s'inscrit dans un modèle de soins intégrés en santé mentale soutenant une bonne santé physique et encourageant une intervention précoce. Une meilleure coordination du parcours de santé de la personne doit être assurée. Ainsi, tout doit être mis en œuvre pour éviter la rupture de la continuité des soins de

santé physique et mentale. Cela suppose de développer un travail en réseau avec tous les partenaires concernés, lesquels incluent les pairs et les proches (Saravane 2016).

Collaboration avec les partenaires de la communauté

En matière de prévention, l'importance d'agir en concertation sur les déterminants sociaux de la santé a été reconnue. Des collaborations plus étroites entre les instances gouvernementales, le système de santé, les municipalités et les organismes communautaires sont essentielles afin de pouvoir agir sur les déterminants de la santé (Naylor, et collab. 2017) et de réduire les inégalités sociales de santé (Diététistes du Canada 2012).

Les organismes communautaires jouent un rôle déterminant dans l'amélioration de la santé et du bien-être des personnes atteintes de troubles mentaux (Chevalier, et collab. 2013). Ils se positionnent en tant que partenaires essentiels du réseau de la santé et des services sociaux en complétant l'offre de service des établissements publics. Plus précisément, ils aident des personnes qui présentent des besoins auxquels le réseau de la santé ne peut répondre ou qu'il ne peut satisfaire, ou encore, des gens qui sont dans l'impossibilité de se payer des services dans le secteur privé.

Le milieu communautaire rejoint principalement les personnes aux prises avec des problèmes multiples qui vivent ou subissent des inégalités sociales les empêchant de maintenir ou d'améliorer leur santé, notamment celles qui sont les plus défavorisées économiquement. Les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves se retrouvent d'ailleurs souvent dans cette catégorie. Aussi, un accroissement important des demandes d'aide faites à leur égard a été observé au cours des dernières années et leurs besoins se sont diversifiés.

Les organismes communautaires représentent des partenaires clés dans le soutien et la promotion d'un mode de vie sain et actif (Réseau communautaire en santé mentale 2016; Naylor, et collab. 2017). Ils contribuent à renforcer les facteurs de protection à l'égard des troubles mentaux et des comorbidités physiques et à diminuer l'exposition aux facteurs de risque en santé mentale, par des interventions adaptées et des environnements favorables à l'adoption et au maintien de saines habitudes de vie. Les organismes communautaires soutiennent la personne dans sa démarche de rétablissement grâce à des approches innovantes et des alternatives favorisant la réintégration des personnes dans la communauté. Les partenariats avec les organismes communautaires et municipaux, à titre d'exemple, favorisent le maintien d'une vie saine et active en facilitant l'accès à des infrastructures municipales et communautaires abordables telles que des salles d'entraînement, des piscines, etc. (Réseau communautaire en santé mentale 2016; Mental Health Commission of NSW 2016).

Meilleures pratiques

Bienfaits des interventions axées sur la modification des habitudes de vie

La pratique de l'activité physique a démontré des bienfaits non seulement sur la prévention, la gestion et le traitement des maladies chroniques (obésité, hypertension artérielle, diabète, cancer et maladies cardiovasculaires), mais aussi sur les symptômes déficitaires de la maladie, la qualité de vie et le rétablissement des personnes atteintes de troubles mentaux (Bredin, et al. 2013; Firth, et al. 2016; Vancampfort, et al. 2015; Williams, et al. 2016). Elle est d'ailleurs recommandée comme traitement

adjuvant des troubles mentaux graves en raison de ses nombreux bienfaits à la fois physiques, psychologiques, cognitifs, affectifs et sociaux (INSPQ 2015; Knöchel, et al. 2012).

Les exercices en réadaptation physique tendent à optimiser le bien-être et l'autonomie fonctionnelle des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale aux prises avec des dysfonctions physiques, par l'utilisation d'approches visant à influencer la santé psychologique, et ce, en combinant les aspects physiques avec les aspects mentaux.

La saine alimentation favorise la santé mentale, en plus de réduire les coûts liés à la santé et aux services sociaux. Des études ont démontré que de modestes changements sont suffisants pour réduire le risque de mortalité due à une maladie cardiovasculaire (Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa 2018). La saine alimentation constitue un élément important du traitement des comorbidités physiques en contribuant, entre autres, à la diminution du poids, de l'indice de masse corporelle, du tour de taille et du taux de glucose sanguin (Teasdale, et collab. 2017), mais représente également une composante essentielle du traitement des troubles mentaux. Elle assure l'efficacité optimale de la médication et la tolérance accrue aux effets secondaires, améliore l'humeur et le niveau d'énergie et atténue certains symptômes, notamment les symptômes anxieux et dépressifs (Providence Health Care, Rodriguez 2016; Ramsey et Muskin 2013).

L'occupation est considérée comme un besoin fondamental de l'être humain et un déterminant de la santé. Elle assure le maintien d'un équilibre satisfaisant dans l'ensemble des activités et des rôles de la personne et participe à son bien-être (Larivière 2013). L'engagement dans des activités significatives est un mécanisme central et évolutif pour maintenir et promouvoir la santé en favorisant le développement des capacités et l'exercice d'un certain contrôle sur sa vie et son environnement. Les activités significatives permettent d'améliorer et de maintenir le fonctionnement de la personne; elles favorisent sa santé globale et sa qualité de vie en donnant un sens à son existence (Hardarket, et collab. 2007).

La participation à des activités significatives de loisirs a été démontrée comme un moyen efficace de d'améliorer la santé mentale et physique. Les activités de loisirs constituent une composante essentielle du bien-être des personnes vivant avec un trouble mental. L'engagement et la participation à des activités de loisirs significatives et agréables ont montré des impacts positifs sur la santé globale. Les sentiments de satisfaction et d'accomplissement qu'elles génèrent entraînent de nombreux bénéfices sur le plan tant psychologique que physique.

Les interventions ciblées de modification des habitudes de vie, commencées dès le début du traitement, atténuent les comorbidités physiques liées aux médicaments psychotropes. La recherche actuelle est maintenant en transition vers des études d'efficacité visant l'implantation de programmes de modification des habitudes de vie en tant que soins de base en santé mentale (Teasdale 2017).

Les interventions visant l'amélioration du mode de vie, réalisées en temps opportun, peuvent prévenir les hospitalisations inutiles ou diminuer leur durée, optimiser le bien-être et l'expérience des soins, contribuer à l'atteinte des objectifs personnels, favoriser l'inclusion sociale et le rétablissement des personnes atteintes de troubles mentaux (RCOT Adult Mental Health). De plus, une approche globale et individualisée des soins de santé favorise l'engagement, le rétablissement et l'autogestion de la santé.

Les interventions psychoéducatives qui incluent le counseling sur l'activité physique et la nutrition favorisent la gestion des facteurs de risque coronarien chez les personnes atteintes d'un premier épisode de psychose (Duggan 2015). Ce risque double durant les premières années de maladie psychotique en raison de la prévalence élevée de tabagisme et de sédentarité. Cette période représente donc une opportunité d'intégrer des interventions préventives dans les programmes de première psychose afin de réduire la morbidité et la mortalité, et de contribuer ainsi à l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de troubles mentaux (Srihari, et al. 2013; Vancampfort, et al. 2016).

Les stratégies d'éducation sur les facteurs de risque modifiables des maladies chroniques et de modification des habitudes de vie, notamment la pratique de l'activité physique, la saine alimentation, la cessation tabagique et l'éducation à la santé, de même que les stratégies de changement de comportement ont démontré leur efficacité chez les personnes atteintes de troubles mentaux. Elles doivent être considérées comme des pratiques cliniques fondées sur des données probantes et intégrées dans les soins en santé mentale (Mental Health Commission of NSW 2016; OMS 2016).

Il y a suffisamment de preuves pour reconnaître l'utilisation des interventions nutritionnelles associées aux interventions en activité physique comme composante de base des services en santé mentale. Le défi que doivent relever les intervenants consiste à adapter les programmes de modification des habitudes de vie aux besoins particuliers des personnes vivant avec des troubles mentaux (Teasdale 2017).

Caractéristiques des interventions efficaces

Les interventions qui identifient de façon proactive les personnes à risque de comorbidités physiques et qui offrent un soutien adapté et personnalisé sont plus efficaces que les interventions impersonnelles. L'efficacité des interventions est accrue lorsqu'elles ciblent les facteurs de risque ou les besoins fonctionnels spécifiques des personnes atteintes de troubles mentaux et de comorbidités physiques (Duggan 2015).

Les interventions qui utilisent des stratégies telles que les journaux alimentaires, les relevés d'activité physique, les activités psychoéducatives, les ateliers de perfectionnement, les rencontres individuelles avec possibilité de suivi sur une période d'un an et la collaboration des proches sont plus efficaces pour le traitement de l'obésité induite par la prise d'antipsychotique, et ce, indépendamment du trouble mental, de la médication et des connaissances acquises.

Une revue de la littérature sur les programmes visant la gestion du poids des personnes atteintes de troubles mentaux a démontré que certaines caractéristiques des programmes sont plus valables que d'autres (NHS 2016). Les principaux constats rapportent que :

- ▶ Les programmes de plus de 3 mois sont plus efficaces que les programmes de plus courte durée. Les premiers sont associés à une perte de poids plus importante et statistiquement significative alors que ceux de plus courte durée ont démontré peu ou pas de variation pondérale.
- ▶ Les programmes qui combinent la psychoéducation avec la pratique de l'activité physique sont plus susceptibles d'entraîner une perte pondérale statistiquement significative que les programmes qui se limitent à la psychoéducation.

Certains facteurs doivent être pris en compte pour adapter les programmes destinés aux personnes atteintes de troubles mentaux et optimiser leur efficacité. Les programmes efficaces présentent les caractéristiques suivantes (Mental Health Commission of NSW 2016; Ward, et collab. 2015) :

- ▶ Les programmes qui englobent plusieurs composantes dont l'alimentation, l'activité physique et les changements de comportement (objectifs personnels, autogestion, etc.) sont plus efficaces que les programmes ne comportant qu'une seule composante.
- ▶ Les programmes qui font appel à une équipe multidisciplinaire sont associés à des résultats plus significatifs.
- ▶ Les compétences des animateurs augmentent la force de l'effet.
- ▶ Les programmes qui combinent les rencontres de groupe avec les rencontres individuelles ont démontrées une plus grande efficacité. Les rencontres individuelles ont néanmoins démontré une plus grande efficacité que les rencontres de groupe.
- ▶ Une approche personnalisée et adaptée qui tient compte des déterminants sociaux de la santé tels que le faible statut socioéconomique, les symptômes psychiatriques, les obstacles aux interventions préventives et aux soins de santé, les effets secondaires de la médication et autres est associée à de meilleurs résultats.
- ▶ Les programmes d'intensité plus élevée donnent de meilleurs résultats que les programmes de plus faible intensité.
- ▶ Une durée de 4 à 6 mois d'intervention active est recommandée comme période minimale pour la prévention du diabète. Les programmes de plus longue durée, comportant des contacts face à face plus fréquents et une phase initiale intensive, sont associés à de meilleurs résultats, en particulier en ce qui a trait à l'obésité.

Bref, les programmes adaptés et personnalisés qui comportent des rencontres individuelles et de groupe combinées, qui ont une durée minimale de 4 à 6 mois, qui comprennent plusieurs composantes axées, entre autres, sur l'alimentation, l'activité physique et les changements de comportement, une phase initiale intensive et des interventions soutenues, et qui sont assurés par une équipe multidisciplinaire ont démontré des effets significatifs.

Des obstacles importants à l'obtention de résultats optimaux en matière de santé physique chez les personnes atteintes de troubles mentaux doivent être pris en compte dans le développement de programmes de changement d'habitudes de vie, dont :

- ▶ Les effets secondaires des antipsychotiques;
- ▶ Les difficultés d'accès aux soins de santé physique;
- ▶ La diminution de l'estime de soi et de la confiance en la capacité d'accéder aux soins de santé physique;
- ▶ Le faible statut socioéconomique;
- ▶ L'itinérance ou l'absence de logement stable;
- ▶ Les symptômes psychiatriques;
- ▶ Les difficultés de transport;
- ▶ Le soutien insuffisant des intervenants en santé mentale.

Il est essentiel que les personnes atteintes d'un trouble mental bénéficient d'un suivi physique adapté à leurs besoins, un suivi qui tiendra compte de leurs particularités et des difficultés à contrôler leurs facteurs de risque (Saravane 2016; OMS 2016). Pour ce faire, il importe de dépister les personnes à risque en se basant sur un ensemble de facteurs, soit :

- ▶ Les facteurs médicaux : surplus pondéral, diabète, dyslipidémie, hypertension artérielle, facteurs de risque d'arythmie cardiaque, facteur de risque de thrombose veineuse, maladies chroniques, etc.;
- ▶ Les facteurs comportementaux : alimentation malsaine, dépendances (tabac, alcool, autres drogues, etc.), sédentarité;
- ▶ Les facteurs génétiques : contexte ethnique, antécédents familiaux de troubles métaboliques, cardiovasculaires ou de mort subite;
- ▶ Les facteurs psychosociaux : précarité, isolement social, faible revenu, etc.

Selon les résultats du suivi physique, les facteurs de risque définis, les médicaments consommés, les déterminants de la santé et les objectifs poursuivis par la personne, des interventions adaptées de prévention, d'éducation et de soins de santé physique doivent être offertes. L'objectif est d'obtenir un équilibre favorable entre les conséquences physiques des troubles mentaux et les effets indésirables des traitements. Le but de toutes ces actions est d'améliorer la sécurité, la qualité de vie et la santé globale des personnes (Saravane 2016).

Modèle d'organisation de services : plan stratégique pour la santé mentale 2014-2024 de la Nouvelle-Galles du Sud, en Australie

Le plan stratégique pour la santé mentale 2014-2024 de la Nouvelle-Galles du Sud, en Australie, reconnaît qu'une réforme urgente est nécessaire pour assurer une réponse adéquate du système de santé en ce qui concerne les besoins de santé physique des personnes atteintes de troubles mentaux (Mental Health Commission 2016). L'intégration d'une approche globale est nécessaire pour améliorer la santé physique et l'espérance de vie des personnes. Ainsi, un modèle intégré de soins de santé physique et mentale doit être mis en œuvre dans tous les milieux de soins en santé mentale. Le plan recommande les mesures suivantes pour obtenir des résultats positifs en matière de santé physique :

- ▶ S'assurer que les besoins de santé physique soient priorités dès le premier épisode psychotique.
- ▶ Veiller à ce que tous les milieux de soins destinés aux personnes atteintes de troubles mentaux assument leur responsabilité en facilitant l'accès à l'évaluation et au suivi de la santé physique des personnes.
- ▶ Veiller à ce que les activités locales de promotion de la santé mentale et du bien-être fassent la promotion de modes de vie sains et actifs.
- ▶ S'assurer que les structures de coordination locales incluent des partenariats avec le milieu municipal et les organismes communautaires afin de faciliter l'accès des personnes atteintes de troubles mentaux aux équipements sportifs (gymnases, piscines municipales, etc.).
- ▶ S'assurer que les campagnes de santé publique visant la promotion de l'activité physique, la saine alimentation et la lutte au tabagisme, à la consommation d'alcool et de drogues ciblent adéquatement les personnes atteintes de troubles mentaux.

- ▶ Encourager et soutenir les médecins généralistes à adopter une approche globale pour le traitement des personnes aux prises avec des troubles mentaux et des comorbidités physiques, ce qui inclut une meilleure collaboration avec les psychiatres et les services d'urgence. Ces mécanismes soulèvent des questions telles que l'accès approprié à l'information et les approches collaboratives.

Toujours selon le plan stratégique pour la santé mentale 2014-2024 de la Nouvelle-Galles du Sud, les éléments suivants doivent être intégrés pour améliorer la santé physique des personnes atteintes de troubles mentaux :

- ▶ Des changements dans les pratiques cliniques en santé mentale;
- ▶ La mise en place de programmes d'activité physique fondés sur des données probantes pour les personnes hospitalisées et suivies dans la communauté;
- ▶ La mise en œuvre de l'approche du rétablissement, ce qui inclut les programmes de soutien par les pairs;
- ▶ Le développement de partenariats avec les personnes, leurs proches et les intervenants;
- ▶ La formation du personnel dans tous les secteurs afin d'assurer leurs compétences.

Le plan reconnaît la nécessité de sensibiliser, d'informer et de former le personnel des services spécialisés en santé mentale et des organismes communautaires en matière de saine alimentation, de pratique de l'activité physique, de cessation tabagique et d'autres champs d'expertise connexes en santé physique dans le traitement des troubles mentaux, ainsi que des effets secondaires des antipsychotiques et de l'entretien motivationnel. Les auteurs affirment que :

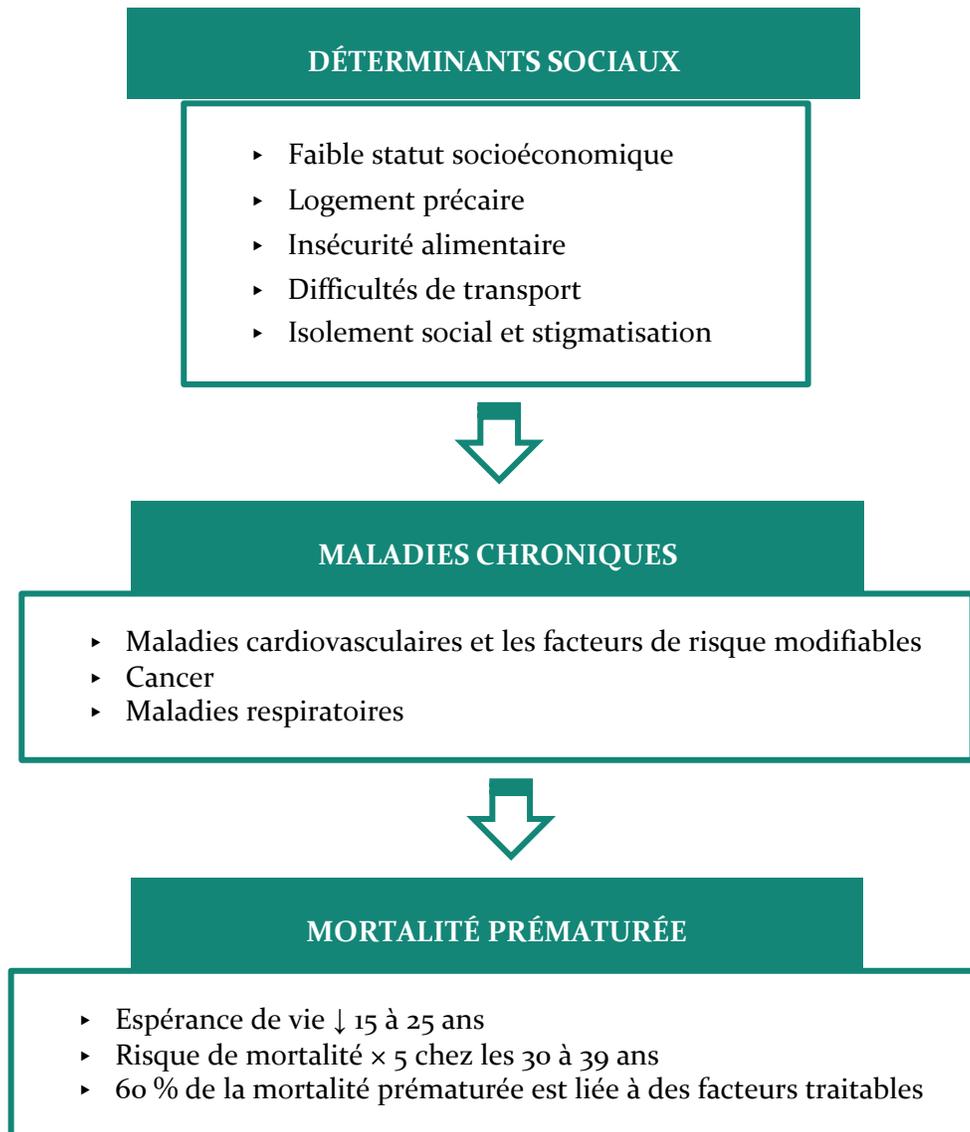
- ▶ La formation du personnel de santé doit mettre l'accent sur la santé physique des personnes atteintes de troubles mentaux.
- ▶ La mise sur pied d'une plateforme permettrait de promouvoir le développement du personnel, la recherche et le partage de connaissances sur les soins intégrés de santé physique et mentale. De plus, une plateforme réservée, qui serait mise à jour régulièrement, assurerait un accès facile à une base de données solide qui guiderait les priorités stratégiques et le développement des services.

*** Les cadres de référence des secteurs d'activité du programme Santé globale et la bibliographie complète sont disponibles au ciussscn.ca sous *Services*, section *Santé mentale***

Les racines du programme

L'interdépendance entre la santé physique et les troubles de santé mentale

Les déterminants de la santé et sociaux influencent l'état de santé globale d'une personne de même que son espérance de vie. Chez les personnes souffrant de troubles mentaux, ils sont responsables en grande partie des inégalités sociales de santé persistantes. Par exemple, les personnes atteintes de troubles mentaux ont plus de risque de développer des maladies chroniques. À leur tour, les personnes atteintes de maladies chroniques sont plus susceptibles de développer des troubles mentaux.



Les impacts des troubles mentaux et de leur traitement pharmacologique sur les déterminants de la santé

IMPACTS DES TROUBLES MENTAUX



Habitudes de vie et santé

Alimentation, condition physique, santé, fonctionnement occupationnel et troubles concomitants : ↑ tabagisme, drogue, alcool, etc.

Contexte psychosocial

Isolement social, ↓ niveau de scolarité, ↓ statut socioéconomique : faible revenu, chômage, insécurité alimentaire, conditions de vie précaires, etc.

Accès aux soins de santé

Difficultés d'accès aux soins de santé, ↓ interventions préventives, dépistage et soins, besoins de santé physique non comblés

IMPACTS DU TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE



Habitudes de vie et santé

Alimentation, condition physique et santé

IMPACTS SUR LA SANTÉ GLOBALE DES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX

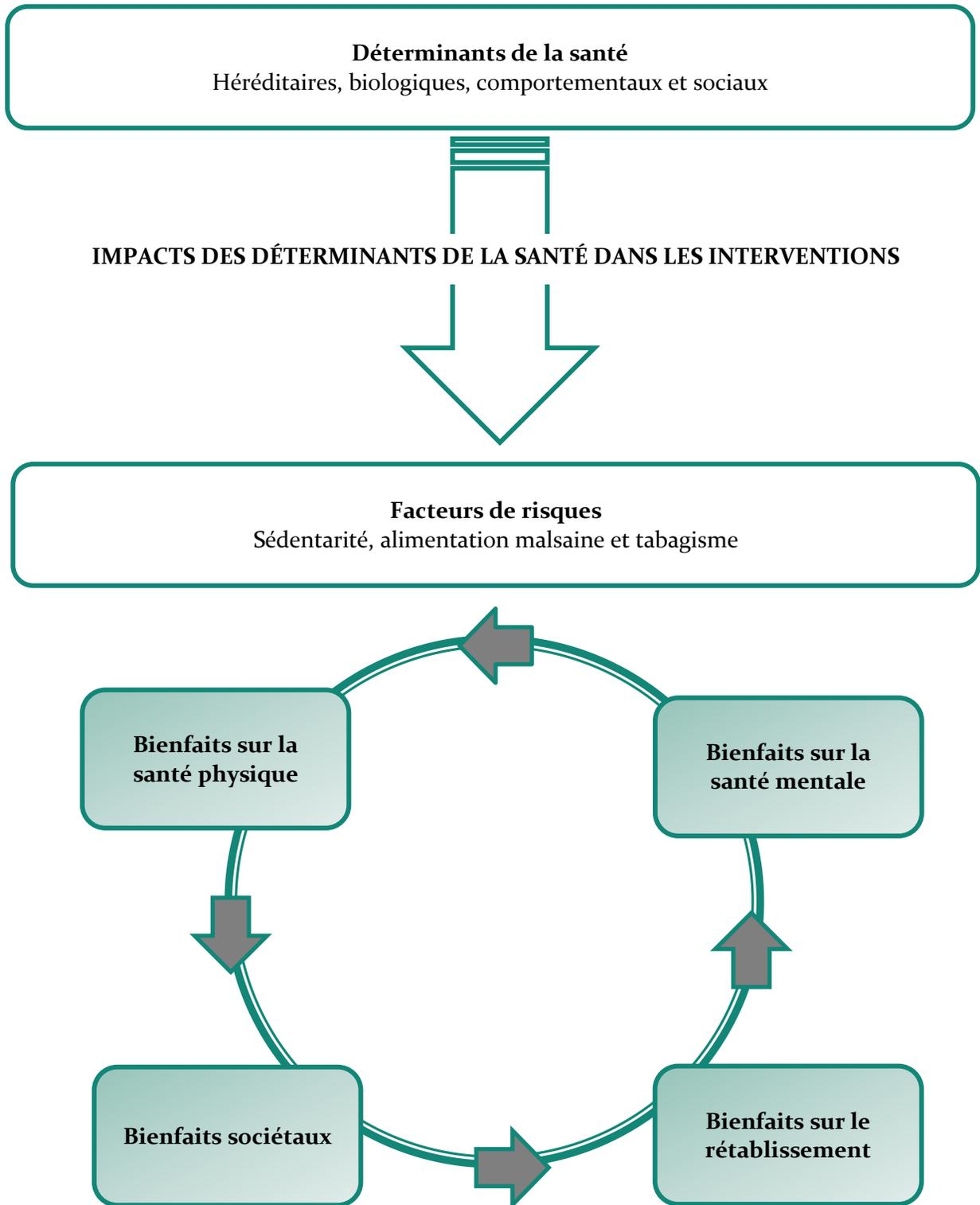


Mortalité prématurée

- Risques ↑ de 40 à 60 % de mourir prématurément de problèmes de santé physique non diagnostiqués tels que : cancer, MCV, diabète, VIH.
- De 60 à 80 % de la surmortalité des personnes atteintes de troubles mentaux est liée à des causes naturelles induites par des maladies chroniques traitables dont les MCV qui ↑ de 2 à 3 fois le taux de mortalité.
- Espérance de vie réduite de 10 à 25 ans, à la baisse depuis les 30 dernières années, alors que celle de la population générale augmente.

LA PERSONNE DANS SA GLOBALITÉ

Les bienfaits des interventions en santé globale sur le rétablissement des personnes ayant un trouble de santé mentale



Les déterminants de la santé

Héréditaires et biologiques	Comportementaux
▶ Âge, sexe, facteurs génétiques	▶ Habitudes de vie

Sociaux
▶ Conditions de vie matérielles et sociales : éducation, revenu, logement, alimentation, milieu familial, milieu de travail, environnement physique et social, accès aux moyens de transport, services essentiels, etc. ▶ Contexte social, économique, politique et culturel

Les bienfaits

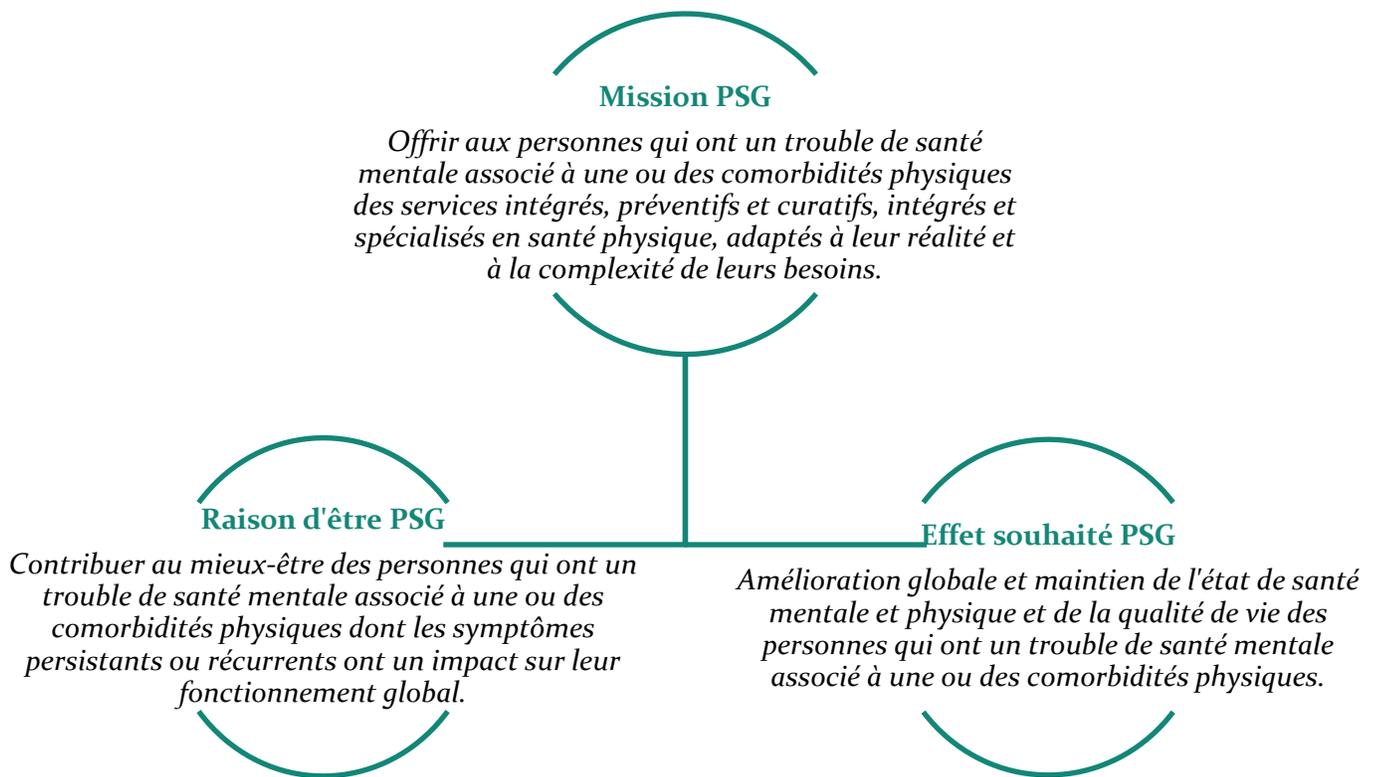
Santé physique
▶ Changement du mode de vie ▶ ↑ Capacité fonctionnelle ▶ ↑ Autonomie alimentaire ▶ ↑ Capacités d'autogestion de la maladie et de la douleur ▶ ↓ Troubles musculosquelettiques ▶ ↓ Maladies chroniques et les facteurs de risque

Santé mentale
▶ ↑ Humeur, bien-être ▶ ↓ Symptômes anxieux et dépressifs ▶ ↓ Symptômes positifs, négatifs et psychotiques ▶ ↑ Fonctions cognitives, comportements ▶ ↓ Déclin cognitif associé au vieillissement ▶ ↑ Motivation ▶ ↑ Autodétermination, sens à la vie

Sociétaux
▶ ↓ Dépenses liées aux soins de santé ▶ ↑ Satisfaction à l'égard des soins ▶ ↓ Utilisation des services : ↓ taux et durée d'hospitalisation, ↓ réadmission dans les soins ^Ψ , ↓ consultations auprès des médecins de famille ▶ ↓ Dépendance sociale

La mission du programme

Pour les personnes utilisatrices de services, le mieux-être et l'amélioration de la qualité de vie se traduisent par le désir de prendre soin de soi avec l'adoption de saines habitudes de vie et l'acquisition d'habiletés permettant de mieux gérer leur santé mentale et physique. Les interventions visent à les aider à se sentir plus vivantes et énergiques, moins limitées par la maladie et ses effets associés, à avoir des projets d'avenir, une vie sociale, des passions et des loisirs qui leur procurent bien-être et plaisir. (Groupe de discussion PSG, 2017)



Les valeurs ajoutées

Pour la personne atteinte de troubles de santé mentale, l'accessibilité aux soins est limitée par un ensemble de facteurs liés à la maladie, entre autres la difficulté à exprimer ses besoins et les contraintes économiques et sociales. Le programme propose, une offre de service flexible et diversifiée pour répondre à la réalité et aux besoins particuliers de sa clientèle.

Accès facilité

Les personnes utilisatrices de nos services ont dit qu'il était plus sécurisant d'avoir accès à des services personnalisés, souples et adaptés à leurs besoins et leur réalité. (Groupe de discussion PSG, 2017)

Le programme propose à sa clientèle des services en milieu hospitalier et des installations, notamment des plateaux externes propices à l'intégration dans la communauté, aménagés et adaptés à la clientèle en santé mentale.

Milieus normalisateurs

Les préjugés dans les milieux de santé constituent un autre obstacle aux soins. La stigmatisation nuit à l'attention et à l'importance accordée aux plaintes physiques, souvent considérées comme des symptômes psychologiques, ce qui entraîne des retards et des erreurs de diagnostic. Également, les personnes atteintes de troubles mentaux graves reçoivent moins de conseils préventifs sur leurs habitudes de vie. Plusieurs intervenants croient, à tort, qu'elles ne sont pas concernées par leur santé physique ni désireuses de modifier leur mode de vie. (Poulin 2005; Goff, et al.)

Pour soutenir le rétablissement et favoriser le maintien de la personne dans la communauté, le programme offre une prestation continue de services, dans la communauté, pendant et après l'hospitalisation.

Continuum de soins et de services

Dans sa réforme, le Mental Health Commission of New South Wales (NSW) recommande de prioriser et de faciliter l'évaluation et le suivi de la santé physique des personnes atteintes de troubles mentaux graves dans les milieux spécialisés en santé mentale, et ce, dès le début du traitement. (Physical Health and Mental Wellbeing: Evidence Guide, 2016)

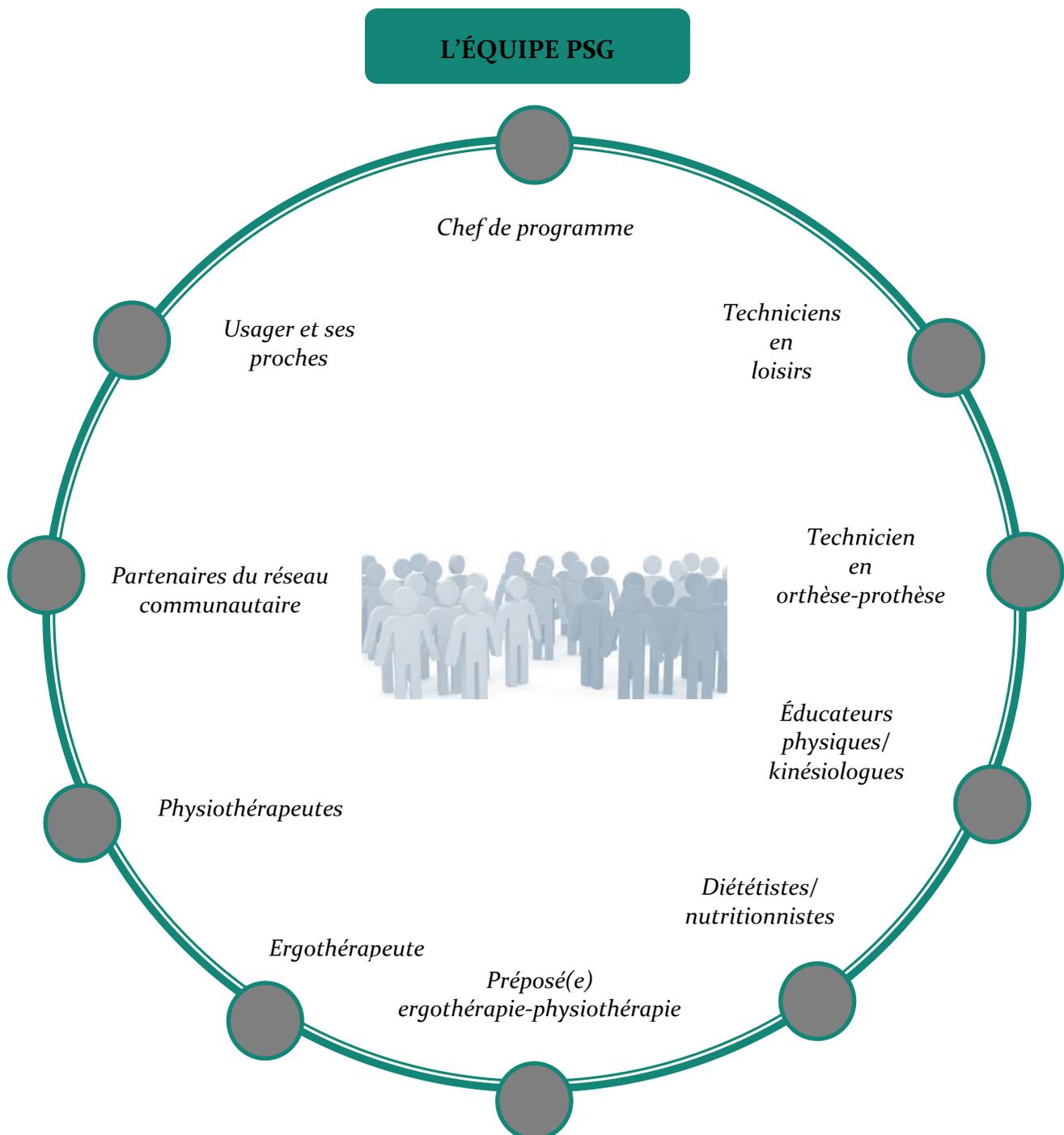
Les besoins de notre clientèle sont nombreux et complexes (problèmes physiques et mentaux, dépendance, habitudes de vie néfastes, insécurité financière et alimentaire, etc.). Étant donné que la personne présente souvent plus d'un problème à la fois, le programme privilégie une approche globale. Conséquemment, l'ensemble des dimensions de la santé physique et mentale, les impacts des comorbidités sur la qualité de vie et les déterminants de la santé sont pris en compte.

Services intégrés

Les modèles de soins intégrés et les approches collaboratives sont plus efficaces pour traiter les personnes atteintes de multimorbidités que les modèles traditionnels. (Fédération française de psychiatrie 2015, Australie)

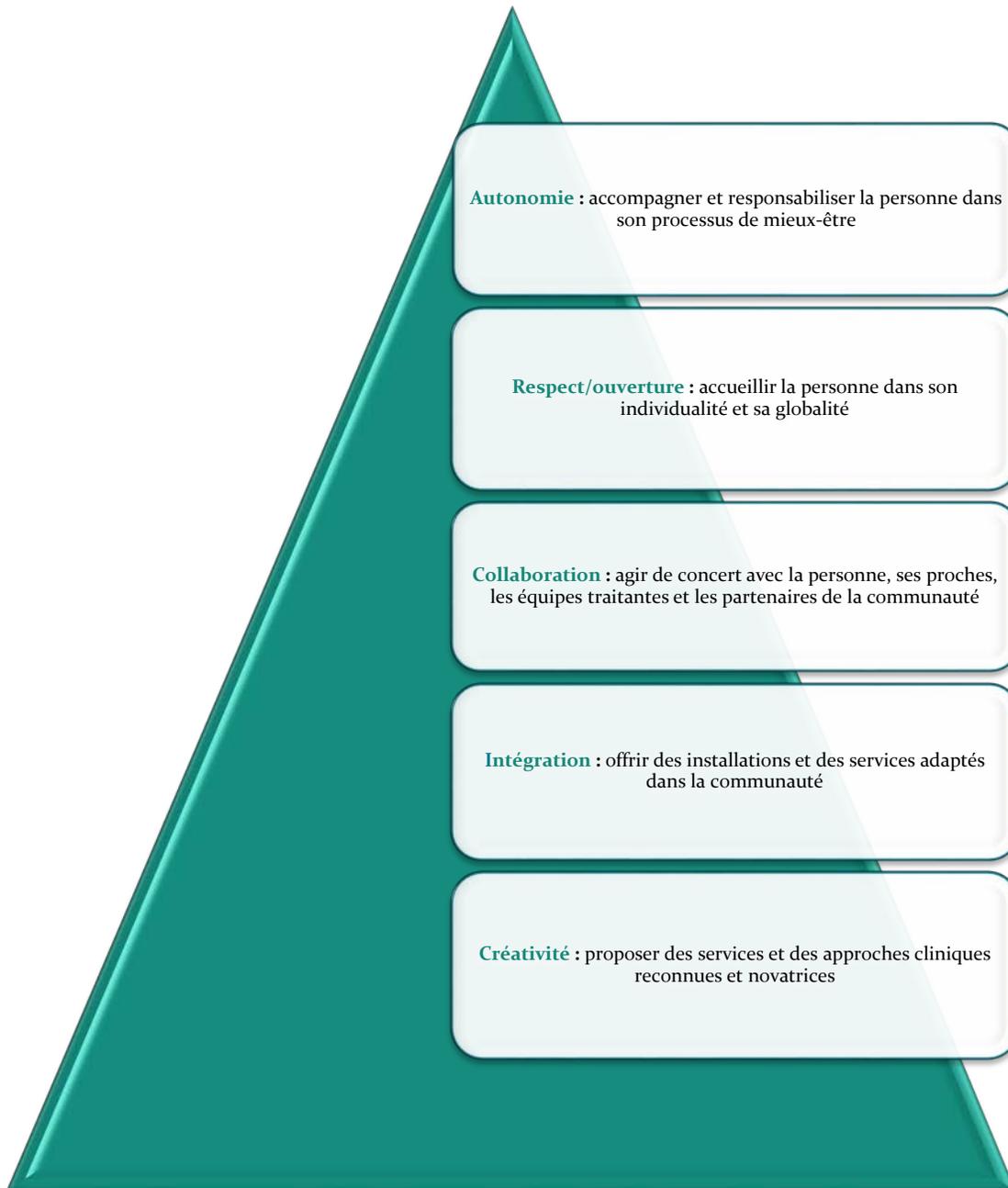
L'équipe Santé globale

Le programme Santé globale s'appuie sur une équipe multidisciplinaire réunissant des professionnels de cinq disciplines. Ceux-ci travaillent en étroite collaboration avec l'utilisateur et ses proches ainsi que divers collaborateurs du réseau de la santé et de la communauté.



Valeurs du programme

Les interventions sont réalisées en alliance avec la personne et les membres de son entourage, dans le respect de son projet de vie et la continuité des plans de soins des équipes médicales et psychosociales. Les professionnels du programme adhèrent aux principes suivants :

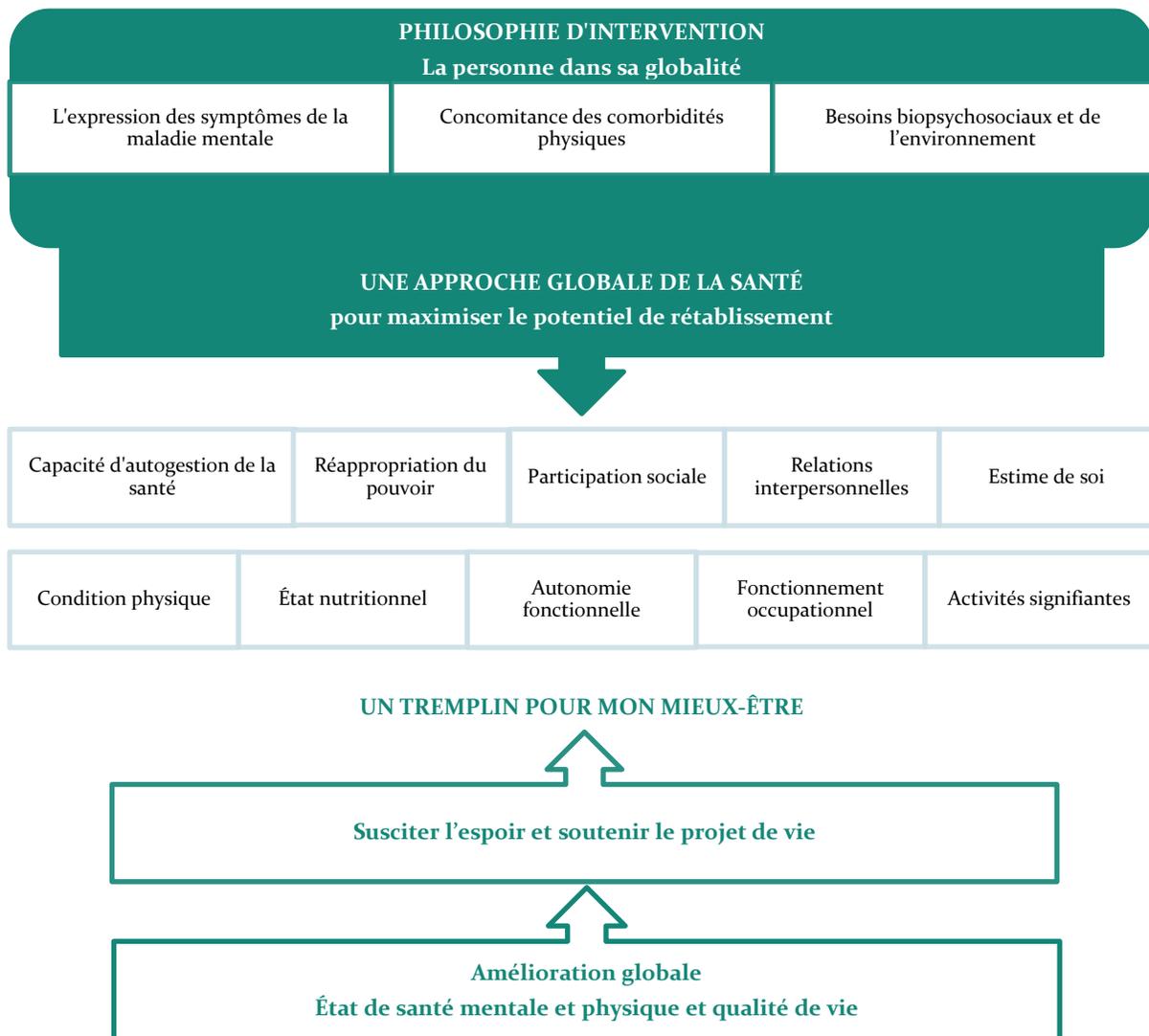


Philosophie d'intervention

Une approche holistique de la santé est privilégiée afin de maximiser le potentiel de rétablissement de la personne, mais aussi l'amélioration de sa qualité de vie. Les professionnels prennent donc en compte l'expression des symptômes de la maladie mentale, la concomitance des comorbidités physiques, les besoins biopsychosociaux et de l'environnement dans leurs interventions.

Au-delà de l'intervention sur la maladie et les incapacités qui en découlent, les professionnels suscitent de l'espoir et soutiennent la personne dans la réalisation de son projet de vie. Ils sont animés par la conviction que ces services lui offrent un tremplin pour son mieux-être.

Les interventions qui identifient de façon proactive les personnes à risque de comorbidités physiques et qui offrent un soutien adapté et personnalisé sont plus efficaces. L'efficacité des interventions est accrue lorsqu'elles ciblent les facteurs de risque ou les besoins fonctionnels spécifiques des personnes atteintes de troubles mentaux graves et de comorbidités physiques. (Duggan 2015)



Approche populationnelle

Cette approche est favorisée par les professionnels du programme puisqu'elle permet d'inclure des actions en amont sur les déterminants de la santé physique et mentale dans une perspective d'amélioration de la santé et du bien-être, et d'adapter l'offre de service du territoire en fonction des besoins de la population ciblée. En outre, cette approche s'appuie sur les données probantes et l'identification des bonnes pratiques et l'innovation. Elle améliore la santé puisqu'elle permet de réduire les risques, l'incidence et la prévalence des problèmes de santé de même qu'elle bonifie l'expérience personnelle de soins des personnes et de leurs proches, car elle favorise la collaboration avec la personne elle-même, ses proches et les professionnels de la santé. Elle favorise les opportunités de collaboration et de complémentarité des offres de service avec les différents partenaires de la communauté.

Une approche populationnelle plus intégrée de la santé, qui permet de traiter les déterminants de la santé physique et mentale de manière coordonnée, s'avère prometteuse. Cet aspect de l'intégration des soins devrait constituer une partie importante des efforts visant le développement de nouveaux modèles de soins dans les milieux de traitement précurseurs. Une meilleure intégration de la santé physique et mentale permettrait d'augmenter l'efficacité des soins, de diminuer les coûts et de réduire les inégalités de santé. (Naylor, et collab. 2017)

Approche intégrée en soins

Cette approche est utilisée pour optimiser la prévention et le traitement des comorbidités physiques et des troubles mentaux. L'ensemble des stratégies et des outils d'intervention sont adaptés aux particularités de la clientèle et tiennent compte des différents facteurs tels que la faible observance des rendez-vous, les troubles cognitifs, le traitement de l'information, les effets secondaires de la médication, le faible niveau de motivation, l'exclusion sociale, l'isolement, les contraintes financières, les capacités physiques et intellectuelles de même que l'intensité des symptômes associés au trouble de santé mentale (agressivité, faible capacité d'attention, agitation, etc.).

Les initiatives de soins intégrés doivent passer d'une perspective de prise en charge à une approche de santé populationnelle, axée sur les inégalités de santé. Elles doivent adopter une vision élargie qui tient compte de l'influence des déterminants sociaux de la santé sur la condition de la personne; la relation entre l'état de santé mentale et l'état de santé physique est intimement liée au contexte psychosocial et constitue un mécanisme important par lequel les inégalités se perpétuent. (The King's Fund 2016)

Approche pluridisciplinaire

Cette approche favorise la pratique de l'interdisciplinarité. Elle permet de répondre plus adéquatement aux besoins complexes des personnes qui présentent un trouble de santé mentale. Le travail en collaboration interprofessionnelle permet une synergie des interventions qui le rend plus optimal pour maximiser les conditions de réussite de l'atteinte des objectifs de rétablissement.

La prise en charge des comorbidités physiques associées aux troubles mentaux requiert une approche pluridisciplinaire organisée, qui comprend l'expertise de différents intervenants de la santé de même que des capacités d'autogestion des personnes atteintes, de leurs familles ou de leurs proches. (Fédération française de psychiatrie 2015, Australie)

Approches privilégiées

Approche centrée sur les forces

Cette approche est favorisée par les professionnels du programme puisqu'elle permet de renforcer ou d'augmenter la motivation propre et encourage la personne à amorcer et à adopter un changement de comportement durable pour son mieux-être, l'amélioration de sa qualité de vie et son sentiment de satisfaction personnelle.

Les programmes qui utilisent des méthodes de changement de comportement basées sur l'atteinte d'objectifs, l'autoévaluation, le soutien social et les changements graduels donnent de meilleurs résultats que les programmes d'enseignement traditionnels non participatifs. (Bernard, et al. 2013)

Approche collaborative

Relation thérapeutique optimale

En santé mentale, l'établissement d'un climat de confiance est fondamental au développement d'une relation thérapeutique optimale. L'approche collaborative favorise l'autonomie, l'autodétermination et la participation de la personne dans son processus de rétablissement.

Soutien aux proches

Dans le respect des droits de la personne, de sa vie privée et de la confidentialité des renseignements qui la concernent, les professionnels du programme sollicitent sa participation au processus thérapeutique afin de les aider à comprendre et à jouer leur rôle de soutien.

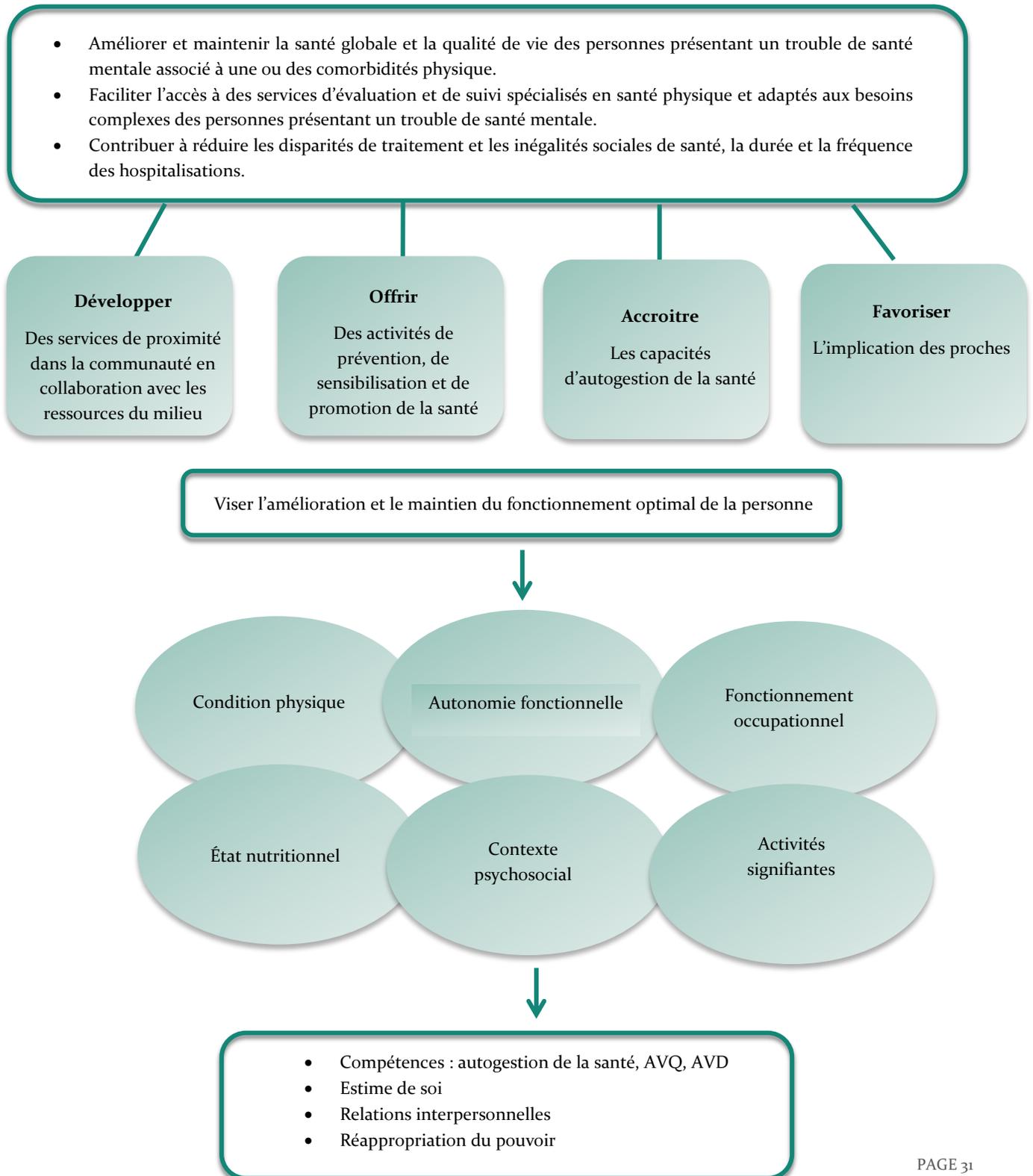
Collaboration avec les partenaires du réseau et de la communauté

Pour favoriser le retour et le maintien dans la communauté, les professionnels du programme travaillent en étroite collaboration avec les équipes en santé mentale et les partenaires du réseau et de la communauté. Différents services sont mis en place, en collaboration, dans des ressources du milieu. Ces partenaires jouent un rôle clé dans le soutien et la promotion des modes de vie sains.

Exiger que les pourvoyeurs de services évaluent les besoins des proches aidants et les encouragent à s'engager adéquatement dans les soins de leur proche chaque fois qu'ils entrent en contact avec le système de santé mentale. (Directives pancanadiennes en faveur d'un système de prestation pour les proches aidants d'adultes ayant une maladie mentale, 2013)

Objectifs cliniques généraux et spécifiques du programme

Le programme prône la mise en œuvre d'une approche globale et intégrée de la santé. Il vise trois grands objectifs. Ceux-ci sont liés à quatre intentions d'actions, par lesquelles les professionnels réalisent leur mission et permettent à la personne de retrouver un mieux-être global.



Objectifs généraux des secteurs d'activité

OBJECTIFS GÉNÉRAUX Offre de service des secteurs d'activité du programme Santé globale
ERGOTHÉRAPIE <ul style="list-style-type: none">▶ Permettre à la personne d'améliorer, de maintenir ou de retrouver son autonomie, sa sécurité, son bien-être et sa qualité de vie dans la réalisation de ses occupations (clientèles interne et externe).▶ Favoriser la reprise du pouvoir sur la routine occupationnelle (clientèle externe).
KINÉSIOLOGIE <ul style="list-style-type: none">▶ Favoriser l'acquisition de saines habitudes de vie : activité physique, saine alimentation, cessation/réduction tabagique, qualité du sommeil, gestion du stress, réduction des dépendances.▶ Contribuer à l'augmentation de la capacité fonctionnelle.▶ Contribuer à l'atteinte des objectifs de rétablissement.▶ Collaborer à la prévention, au dépistage et à la gestion des maladies chroniques.▶ Contribuer à l'amélioration de la qualité de vie.
LOISIRS <ul style="list-style-type: none">▶ Stimuler l'identification et l'exploration de champs d'intérêt/passions.▶ Promouvoir la remise en action.▶ Contrer l'isolement et favoriser la socialisation.▶ Contribuer à l'atteinte des objectifs du plan de traitement, du plan d'intervention et du projet de vie.
NUTRITION <ul style="list-style-type: none">▶ Rétablir, améliorer et favoriser le maintien d'un état nutritionnel optimal au traitement des troubles mentaux et des comorbidités physiques.▶ Potentialiser l'efficacité et minimiser les effets secondaires du traitement pharmacologique.▶ Conscientiser la personne à l'impact qu'ont ses habitudes alimentaires sur sa capacité à réaliser des activités de la vie quotidienne et occupationnelles, son bien-être général, sa qualité de vie et son rétablissement.
PHYSIOTHÉRAPIE <ul style="list-style-type: none">▶ Contribuer à l'amélioration ou au maintien de l'autonomie fonctionnelle.▶ Gérer la douleur pour favoriser un meilleur état de santé mentale des personnes.▶ Permettre à la personne de prendre part à une vie active : participation sociale, maintien/retour au travail et/ou à domicile.▶ Soutenir le diagnostic lié à la perte d'autonomie fonctionnelle et favoriser la récupération optimale de la personne.▶ Prévenir ou éviter une consultation à l'urgence ou dans un centre de crise.▶ Créer une alliance thérapeutique propice à l'obtention de la collaboration et à l'atteinte de résultats optimaux.

Offre de service

Les services proposés sont de nature préventive et curative. Ils s'adressent à la fois à la clientèle hospitalisée à l'IUSMQ et à la clientèle externe dont l'état de santé physique et mentale requiert un soutien en ergothérapie, en kinésiologie, en loisirs, en nutrition et en physiothérapie. L'approche globale permet de s'attaquer au problème et ses impacts sur la santé mentale et physique. Les approches d'intervention et les activités de sensibilisation, de prévention et de promotion de la santé soutiennent les changements de comportement en agissant sur la motivation et l'engagement dans l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie. Certains services sont offerts en collaboration avec des partenaires du réseau et de la communauté. L'offre de service couvre les domaines d'activité suivants :

CONSULTATION INDIVIDUELLE ET SUIVI

- Évaluation
- Dépistage
- Traitement
- Prescription
- Supervision
- Recommandations
- Enseignement
- Intégration/
accompagnement

INTERVENTIONS DE GROUPE

- Capsules
psychoéducatives
- Programmation
d'activités physiques
- Programmation
d'activités
récréatives

ACTIVITÉS DE SENSIBILISATION, DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ

- Ateliers
motivacionnels
- Groupes
thérapeutiques
- Tremplin
- Conférences

ACTIVITÉS DE TRANSFERT DE CONNAISSANCES

- Collaboration à des
projets de recherche
- Conseils pour les
professionnels de la
santé et les intervenants
- Enseignement et
supervision de stages

Ambitions pour les cinq prochaines années

Accessibilité

- Faire connaître nos services.
- Joindre la clientèle vulnérable, itinérante, marginalisée et désaffiliée par le développement de collaborations avec des partenaires de la communauté.
- Offrir des services de proximité.

Collaboration

- Optimiser la collaboration interprofessionnelle avec les intervenants du PSG et les équipes/intervenants en santé mentale du territoire du CIUSSS de la Capitale-Nationale.
- Développer des partenariats dans la communauté.
- Poursuivre l'intégration des proches de la personne à nos processus de travail et de prestation de services.

Efficienc

- Développer une offre de groupe intégrée en soins de santé mentale et physique.
- Poursuivre l'optimisation de la pratique professionnelle en se basant sur l'évolution des besoins des clients et sur les données probantes.
- Évaluer l'effet du PSG, la qualité de nos services, les processus et les outils cliniques chez la personne utilisatrice.

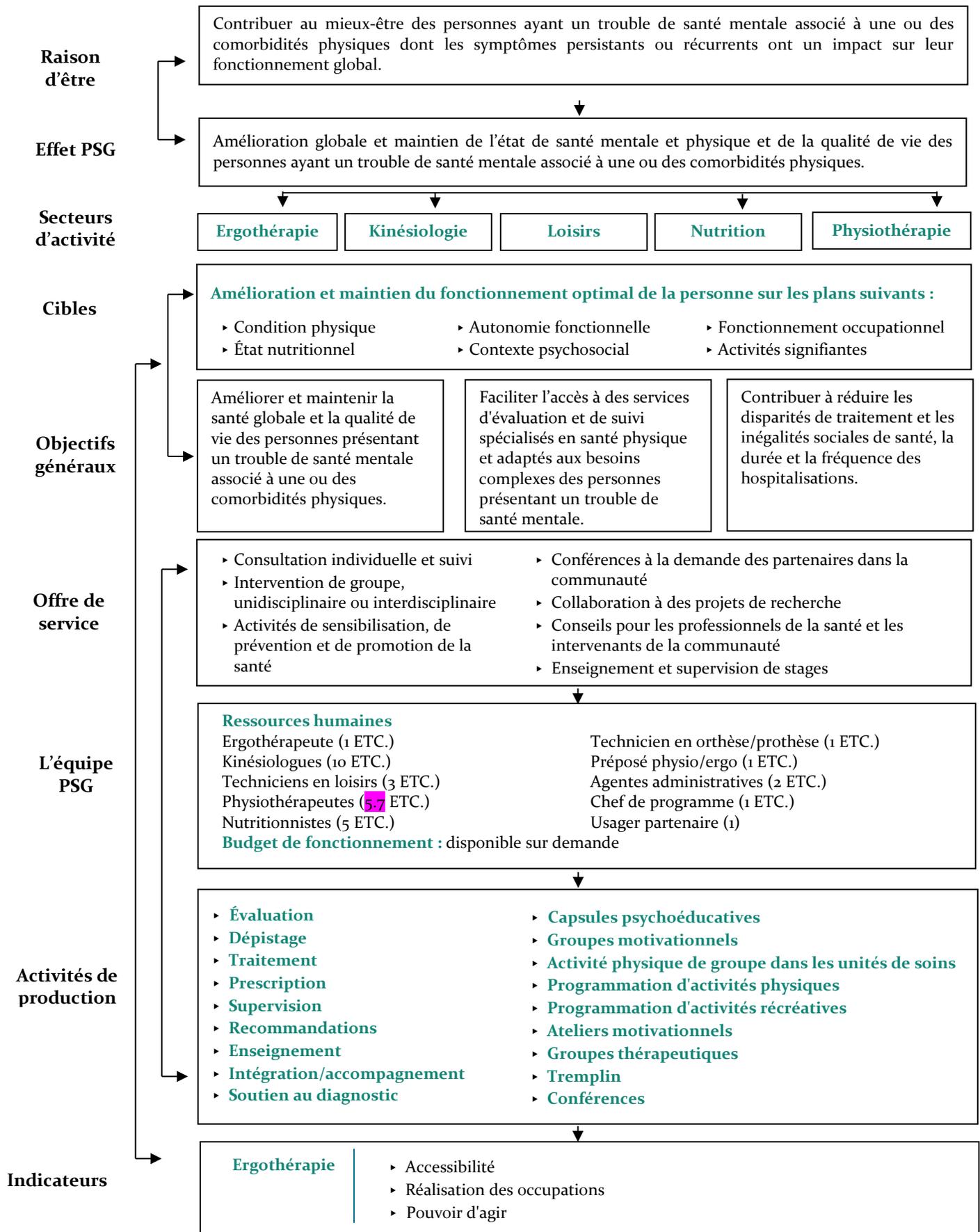
Partage d'expertise

- Poursuivre la supervision de stagiaires.
- Collaborer à des projets de recherche.

Conclusion

Les besoins de la personne et de ses proches sont au cœur de nos préoccupations. Le programme Santé globale propose une **offre de service spécialisé et intégré en soins de santé physique et mentale**, basée sur des données probantes et des approches novatrices. Le développement de **maillage avec la communauté** pour des services de proximité ainsi que la prévention, la sensibilisation et les activités de **promotion de la santé** sont des particularités qui font partie intégrante de la vision de ce programme. Le **partage d'expertise** avec les autres acteurs du réseau de la santé et communautaire et nos **collaborations aux activités d'enseignement et de recherche** permettent, d'une part, de répondre à la complexité et aux besoins variés de la clientèle et, d'autre part, de faire évoluer nos pratiques cliniques et nos services en fonction des données probantes. L'ensemble des interventions vise **l'amélioration globale de l'état de santé physique et mentale et de la qualité de vie** de la personne présentant une ou des comorbidités physiques. La raison d'être du programme Santé globale est de contribuer au mieux-être des personnes ayant un trouble de santé mentale associé à une ou des comorbidités physiques dont les symptômes persistants ou récurrents ont un impact sur leur fonctionnement global. Il est un **complément thérapeutique** pour la personne, en un mot, **un tremplin vers son mieux-être**.

Annexe 1 : Modèle logique



Kinésiologie	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Adoption de saines habitudes de vie ▸ Capacité fonctionnelle ▸ Rétablissement ▸ Prévention, dépistage et gestion des maladies chroniques ▸ Qualité de vie
Loisirs	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Accessibilité ▸ Intégration dans la communauté ▸ Rétablissement
Nutrition	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Accessibilité ▸ État nutritionnel ▸ Effets secondaires du traitement pharmacologique ▸ Impact de la saine alimentation
Physiothérapie	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Autonomie fonctionnelle ▸ Autogestion de la santé ▸ Qualité de vie <p>** En plus des indicateurs de mieux-être, des données objectives sur les déficiences du client sont colligées à l'aide de mesures ou d'outils d'évaluation standardisés (grilles fonctionnelles, questionnaires autoadministrés, etc.).</p>
Transversal	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Qualité de vie globale ▸ Satisfaction personnelle ▸ Sens de la vie ▸ Niveau d'autonomie ▸ Liens sociaux ▸ Activités significantes/pleine citoyenneté

Annexe 2 : Critères d'admissibilité

POUR UNE DEMANDE DE CONSULTATION AU PROGRAMME SANTÉ GLOBALE

Clientèle admissible

Le programme s'adresse aux adultes qui résident sur le territoire du CIUSSS de la Capitale-Nationale, région 03. La personne présente une ou des comorbidités physiques, associées à un état de santé mentale, dont les symptômes persistants ou récurrents ont un impact sur son fonctionnement global. Son état de santé physique et/ou mentale entrave sa capacité de recevoir des soins en santé physique adaptés dans le réseau de la santé.

Critères d'admissibilité

La priorisation d'une demande tient compte de la situation globale de la personne et des comorbidités associées à cette situation. En raison de l'interrelation qui existe entre les problèmes de santé physique et l'état de santé mentale, plusieurs facteurs sont pris en considération. La priorité est déterminée selon les critères reliés à la nature de la demande et des éléments suivants : **vulnérabilité, sécurité, intégrité physique et mentale, retour et maintien à domicile**. Par souci d'équité, les critères de priorisation sont les mêmes pour la clientèle interne et externe.

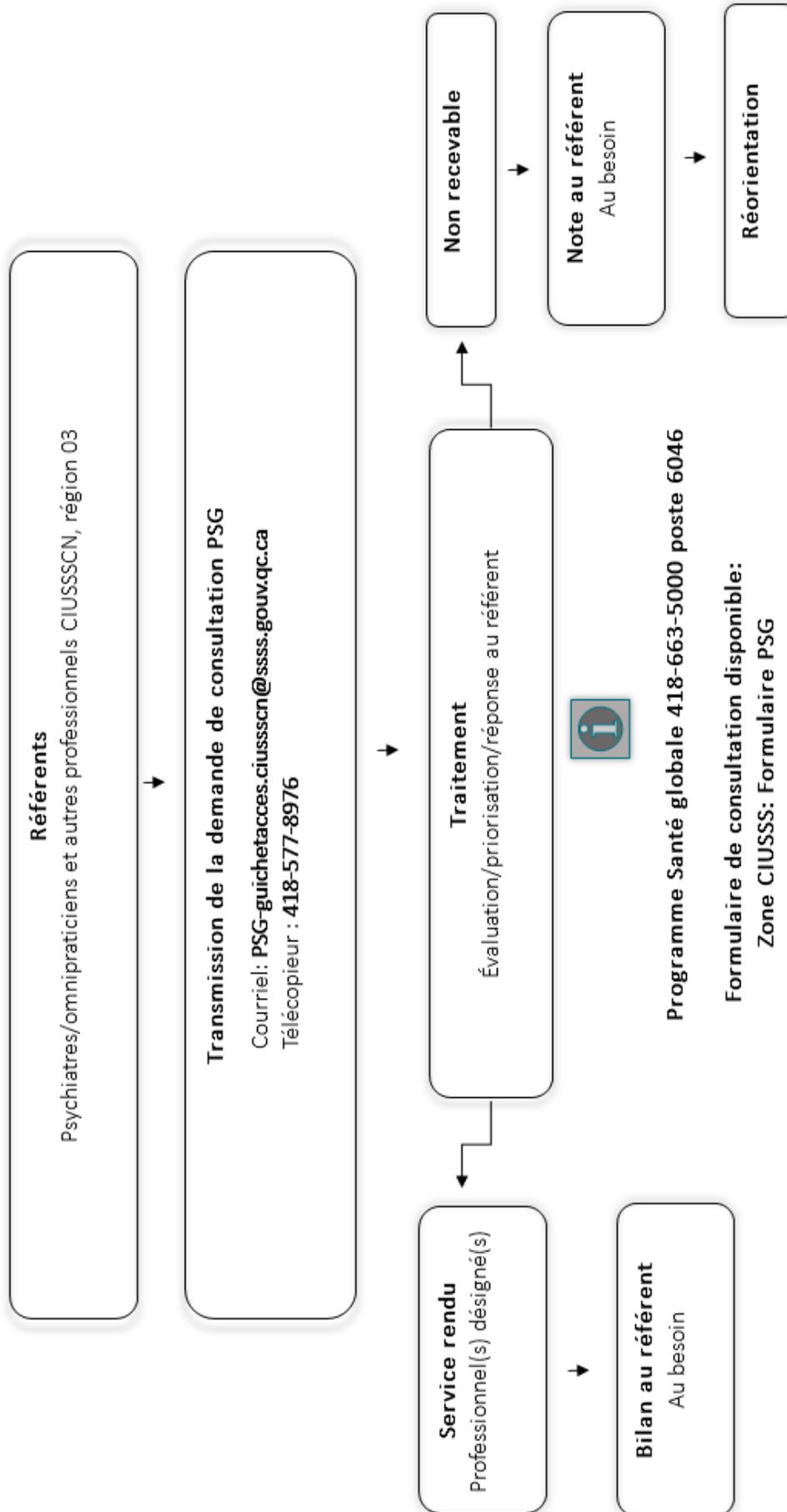
- Résider sur le territoire du CIUSSS de la Capitale-Nationale, région 03;
- Avoir 18 ans et plus;
- Présenter un trouble de santé mentale dont les symptômes, persistants ou récurrents, entravent la capacité de recevoir des soins physiques ailleurs dans le réseau;
- Être consentant à recevoir les soins et les services;
- Être volontaire pour s'impliquer dans la prise en charge de sa santé.

Conditions ayant une influence sur la priorisation des demandes**

- La sécurité ou l'intégrité physique et mentale;
- L'autonomie fonctionnelle;
- La détérioration ou la modification de l'état de santé physique ou mentale ayant un impact sur le rétablissement, le retour ou le maintien à domicile;
- La présence de critères de vulnérabilité;
- La date de réception de la demande de consultation;
- Les suivis interprofessionnels à valeur ajoutée au regard du motif de consultation initial.

** Il est à noter que le délai pour la prestation du service peut varier en fonction du volume de demandes reçues et de la disponibilité de la personne qui a besoin des soins et des services.

Annexe 3 : Trajectoire de référence



Continuum de soins et services intégrés en santé mentale et physiques – pendant et après l’hospitalisation
La synergie des interventions – ergothérapie-kinésiologie-loisirs-nutrition-physiothérapie
Approche collaborative – de concert avec les professionnels-la personne-ses proches

Annexe 4 : Offre de service actuelle

Offre de service PSG	Ergothérapie	Kinésiologie	Loisirs	Nutrition	Physiothérapie
Clientèle en santé mentale — volet hospitalisation					
▸ Consultation individuelle et suivi, à la demande des équipes traitantes des unités de soins	x	x	x	x	x
▸ Intervention de groupe, unidisciplinaire ou interdisciplinaire		x		x	
▸ Entraînement en salle et programmation d'activités sportives de groupe		x			
▸ Programmation d'activités physiques de groupe dans les unités de soins afin de répondre à un besoin spécifique ponctuel ou périodique de l'équipe traitante		x			
▸ Programmation d'activités récréatives de groupe à L'Animathèque			x		
▸ Programmation d'activités récréatives d'intégration dans la communauté (individuelle ou de groupe)			x		
▸ Programmation d'activités récréatives dans les unités de soins afin de répondre à un besoin spécifique ponctuel ou périodique de l'équipe traitante			x		
Clientèle en santé mentale — volet externe					
▸ Consultation individuelle et suivi à la clinique externe de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec, à domicile ou dans la communauté	x	x		x	x
▸ Entraînement en salle et programmation d'activités sportives de groupe		x			
▸ Intervention de groupe, unidisciplinaire ou interdisciplinaire, sur des problématiques touchant les domaines d'expertise en nutrition		x		x	
Services complémentaires					
▸ Activités de sensibilisation, de prévention, et de promotion de la santé (acquisition de saines habitudes de vie) ▸ Ateliers motivationnels, groupes thérapeutiques, Tremplin	x	x	x	x	x
▸ Conférences, à la demande de nos partenaires de la communauté	x	x		x	x
Activités de transfert de connaissances					
▸ Collaboration à des projets de recherche avec une clientèle atteinte de troubles de santé mentale	x	x		x	x
▸ Conseils pour les professionnels de la santé et les intervenants de la communauté	x	x		x	x
▸ Enseignement et supervision de stages	x	x	x	x	x
Collaborations cliniques spécifiques					
▸ Évaluation de la déglutition	x			x	
▸ Troubles de la conduite alimentaire, en collaboration avec PITCA-Faubourg Saint-Jean, CEPIA et L'Éclaircie				x	

Annexe 5 : Résumé des besoins exprimés par la clientèle lors des groupes de discussion

Offre de service adaptée

Besoins individuels

- ▶ Bien cibler chaque patient selon ses besoins, accommodements, pratiquement cas par cas. Aide considérablement.
- ▶ Maisonnée : service cinq étoiles. Intervenant qui croit en la personne, qui démontre de la compassion, cible les besoins, apprend à connaître la personne, passe du temps avec elle. Équipe inter qui m'accompagne et compose le service autour de moi.

Durée des services

- ▶ La période de six mois pourrait être prédéterminée ou adaptée selon la participation. Si, au cours d'une semaine, la personne est malade, ce temps perdu pourrait être reporté à la fin du programme, ce qui n'est pas le cas présentement.
- ▶ J'ai vécu des problèmes pendant que je faisais le programme PRAPPS, notamment le changement de médication et de travail; j'aurais voulu compléter le programme.

Coûts et modalités de paiement

- ▶ Il faut payer en argent comptant. Les modalités de paiement pourraient être revues, exemples : par carte de crédit ou en plusieurs versements.
- ▶ Le coût pourrait être ajusté au revenu des personnes.
- ▶ Accès aux plateaux interne/externe : nécessité d'aide au financement, sans quoi le processus repart à zéro.
- ▶ Éliminer les frais à condition de respecter ses engagements, ententes de paiement.
- ▶ Les plateaux payants présentent un risque de démotiver si la personne hésite. Certaines personnes ont la capacité de payer, mais il faut trouver la façon de les motiver.
- ▶ Le coût, le transport et le fait de devoir payer immédiatement sont des facteurs qui bloquent, surtout si, dès le départ, la personne n'est pas trop sûre de vouloir adhérer et qu'elle doit payer.

Besoin d'accompagnement

- ▶ Parfois on se sent mal s'il y a beaucoup de monde, mais à l'IUSMQ, c'est très encadré. Au Centre Mgr Marcoux, ce ne sont pas les mêmes équipements, ils sont vieux, le fonctionnement est différent, et personne n'est là pour expliquer. Donne un soutien extraordinaire.

Besoin de continuité

- ▶ Assurer une continuité une fois le suivi terminé. Après un an, peux-tu me donner des nouvelles? Pourquoi as-tu arrêté, qu'est-ce qui s'est passé? As-tu besoin de services?

- ▶ Quand et comment rejoindre les personnes lorsqu'elles ont besoin de services, mais qu'elles ne sont plus dans le système? Publicité, page Facebook?
- ▶ Sortez-moi, mais donnez-moi un parachute à la fois médical et communautaire.
- ▶ Il serait intéressant de faire des liens avec les écoles.

Besoin de sécurité

- ▶ Certains laps de temps alloués avec les kinésithérapeutes, la poursuite des activités et leur présence dans la communauté sont appréciés.
- ▶ J'apprécierais qu'un intervenant du PRAPPS soit toujours sur place (gym communautaire).
- ▶ Si une personne est déjà allée dans une ressource, il est plus facile pour elle d'y retourner; elle sait où cette ressource se situe, connaît l'horaire, etc. Cela va lui donner davantage le goût d'y aller seule. Si elle ne connaît pas la ressource et qu'elle ne sait pas où elle se trouve, elle ne fera pas l'effort d'y aller. Il est sécurisant d'y aller une fois, la nouveauté fait peur.

Besoin d'appartenance

- ▶ Le sentiment d'appartenance se crée lorsqu'on fréquente un endroit pendant un certain temps.
- ▶ Il serait intéressant de pouvoir garder un contact, un repère avec quelqu'un, peu importe la personne, l'endroit, etc., d'avoir la possibilité de revenir si l'état de la personne s'est détérioré.
- ▶ L'approche de groupe est très importante. Les personnes pourraient aller en groupe dans les ressources externes.

Proximité géographique des services

- ▶ Il n'y a aucun service près de chez moi. Il serait bien d'avoir une extension du programme dans les régions en périphérie.
- ▶ Il serait intéressant de développer des services à l'extérieur.
- ▶ Le lieu et l'accessibilité des services sont importants. Ils doivent être près du domicile et facile d'accès.

Besoins liés à l'alimentation

- ▶ La médication augmente l'appétit et le goût pour les aliments sucrés. Lorsque ma médication a été diminuée, j'ai réduit mes portions et j'ai arrêté de manger du chocolat. J'ai une préoccupation à cet effet. Comment empêcher cela? Que peut-on faire?
- ▶ Les connaissances en nutrition ne sont pas suffisantes.
- ▶ Faire une épicerie et cuisiner.
- ▶ La plus grande difficulté des personnes est l'alimentation. Il serait intéressant de faire l'exercice de planifier un menu à l'aide des circulaires.
- ▶ Faciliter l'accès aux cuisines collectives; il serait très intéressant d'y participer.

- ▶ Bâtir un programme : groupe de personnes avec la nutritionniste. Aller acheter les aliments en spécial à l'épicerie puis les cuisiner.
- ▶ La médication change le goût : goûter les aliments, regarder les circulaires, aller à l'épicerie et cuisiner.
- ▶ Il est important de connaître les endroits, les lieux, les personnes et les organismes qui donnent de la nourriture afin de développer l'autonomie.

Besoin de motivation

- ▶ La motivation est facilitée par la présence d'un intervenant, mais elle vient fondamentalement de la personne.
- ▶ Travailler avec l'entourage de la personne en l'absence de motivation.
- ▶ Donner des stratégies pour se mettre en action.
- ▶ L'entretien motivationnel aide à nous appuyer sur quelqu'un.

Besoin de socialisation

- ▶ Amener davantage les personnes vers les ressources externes.
- ▶ On travaille davantage pour socialiser que pour gagner de l'argent, pour briser l'isolement, pour éviter d'être seul chez soi à ne rien faire.
- ▶ Je suis laissé à moi-même quand je retourne chez moi à la fin d'une hospitalisation. Je dois me trouver des activités, entrer en contact avec la société sans être à nouveau hospitalisé, car la société ne vient pas me chercher. Être bien entouré, cela aide.

Besoin d'information sur les services disponibles

- ▶ Il y a une méconnaissance des services offerts en santé mentale dans le réseau de la santé.
- ▶ Il y a un besoin de réseautage et de communication de cette offre de service.
- ▶ Il serait intéressant de connaître davantage les différents organismes, de publiciser les activités, par exemple la Croix Blanche qui donne des billets de spectacle ou Moisson Québec qui donne des aliments en échange de bénévolat, de les répertorier dans un bottin.

Bibliographie

- ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTE MENTALE (2008). *The Relationship between Mental Health, Mental Illness and Chronic Physical Conditions*, décembre.
- BADJAGOU, Éva, et Lise BOXBERGER (2016). *Les traitements non médicamenteux des symptômes médicalement inexpliqués : une revue de la littérature*, thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, spécialité en médecine générale, Université de Toulouse III Paul-Sabatier, Faculté de médecine.
- BAPTISTA, Trino, et al. (2008). « Pharmacological Management of Atypical Antipsychotic-Induced Weight Gain », *CNS Drugs* 22(6): 477-95. [<http://link.springer.com/10.2165/00023210-200822060-00003>]. (January 15, 2018).
- BASDEVANT, Arnaud, et collab. (2014). « Nutrition et parcours de soins », *Cahiers de nutrition et de diététique* 49, 16-21.
- BREDIN, Shannon, Darren WARBURTON, et Donna LANG (2013). « The Health Benefits and Challenges of Exercise Training in Persons Living with Schizophrenia: A Pilot Study », *Brain Sciences* 3(2): 821-48. [<http://www.mdpi.com/2076-3425/3/2/821/>].
- CAPASSO, R. M., et collab. (2008). « Mortality in schizophrenia and schizoaffective disorder: An olmsted county, Minnesota cohort: 1950-2005 », *Schizophrenia Research*, 98, 287-294.
- CHEVALIER, Serge, et collab. (2013). *Les organismes communautaires : des partenaires essentiels dans le besoin. Portrait de leur contribution et de leur organisation budgétaire*. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- DIETITIANS ASSOCIATION OF AUSTRALIA (2012). *Mental Health Role Statement: Role Statement for Accredited Practising Dietitians practising in the area of Mental Health*.
- DIÉTÉTISTES DU CANADA (2012). *Promoting Mental Health through Healthy Eating and Nutritional Care*.
- DUGGAN, Maria (2015). *Beyond the Fragments: Preventing the Costs and Consequences of Chronic Physical and Mental Diseases*, Australian Health Policy Collaboration (5). [<https://www.vu.edu.au/sites/default/files/AHPC/pdfs/beyond-the-fragments.pdf>]. (January 15, 2018).
- EKOE, Jean-Marie, et collab. (2013). « Lignes directrices de pratique clinique. Dépistage du diabète de type 1 et de type 2 », *Canadian Journal of Diabetes*, 37, S373eS376.
- FEDERATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE (2015). *Recommandation de bonne pratique en psychiatrie : comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique*, Conseil national professionnel de psychiatrie.
- FIRTH, Joseph, Rebekah CARNEY, Lauren JEROME, et al. (2016). « The Effects and Determinants of Exercise Participation in First-Episode Psychosis: A Qualitative Study », *BMC Psychiatry* 16(1): 36. [<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/16/36>].
- FIRTH, et collab. (2017). « Nutritional Deficiencies and Clinical Correlates in First-Episode Psychosis: A Systematic Review and Meta-analysis », *Schizophrenia Bulletin*.
- FLEURY, Marie-Josée, et al. (2012). « Determinants Associated with the Utilization of Primary and Specialized Mental Health Services », *Psychiatric Quarterly* 83(1): 41-51. [<http://link.springer.com/10.1007/s1126-011-9181-3>]. (September 30, 2016).
- GIGNOUX-FROMENT, F. (2010). *Les Antipsychotiques en médecine générale*, Service de santé des armées.

- JACKA FELICE, N. (2017). « Nutritional Psychiatry: Where to Next? », *EBioMedicine*, 17, 24-29.
- KERLING, Arno, et al. (2013). « Exercise Capacity and Quality of Life in Patients with Schizophrenia », *Psychiatric Quarterly* 84(4): 417-27. [<http://link.springer.com/10.1007/s11126-013-9256-4>]. (January 9, 2018).
- KNÖCHEL, Christian, et al. (2012). « Cognitive and Behavioural Effects of Physical Exercise in Psychiatric Patients », *Progress in Neurobiology* 96(1): 46-68.
- LARIVIERE, Nadine (2013). *Formation Promouvoir la santé par le biais d'activités significatives : la contribution des ergothérapeutes en promotion de la santé*.
- LIEBERMAN, J. A., et collab. (2005). « Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia », *New England Journal of Medicine*, 353(12), 1209-1223.
- LINDENMAYER, J. P., et collab. (2003). « Changes in glucose and cholesterol levels in patients with schizophrenia treated with typical or atypical antipsychotics », *American Journal of Psychiatry*, 160(2), 290-296.
- LIU, Nancy H., et al. (2017). « Excess Mortality in Persons with Severe Mental Disorders: A Multilevel Intervention Framework and Priorities for Clinical Practice, Policy and Research Agendas », *World Psychiatry* (the official journal of the World Psychiatric Association), 16(1): 30-40. [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28127922>].
- MARTIN, Alison (2009). *Preventing diet-related chronic disease in people with severe mental illness: Embedding integrated care pathways into a local community mental health service*, Project Report, Southern Adelaide Health Service, Government of South Australia.
- MENTAL HEALTH COMMISSION OF NEW SOUTH WALES (2016). *Physical health and mental wellbeing*, Evidence guide.
- MINISTERIAL ADVISORY COMMITTEE ON MENTAL HEALTH (2012). *Improving the Physical Health of People with Severe Mental Illness*, (June): 25.
- NAYLOR, Chris, et collab. (2017). *Bringing together physical and mental health. A new frontier for integrated care*. The King's Found.
- NEWCOMER, J. W., et C. H. HENNEKENS (2007). « Severe Mental Illness and Risk of Cardiovascular Disease », *JAMA* 298(15): 1794-96. [<http://dx.doi.org/10.1001/jama.298.15.1794>].
- NURSING MIDWIFERY AND ALLIED HEALTH PROFESSIONS POLICY UNIT (2016). *Improving the physical health of people with mental health problems: Actions for mental health nurses*, NHS England Publications.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2016). *mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*.
- PARLETTA, Nathalie, et collab. (2013). « Nutritional modulation of cognitive function and mental health », *Journal of Nutritional Biochemistry*, 24, 725-743.
- PARK, Jungwee, et Heather GILMOUR (2017). *Rapports sur la santé. Symptômes physiques médicalement inexplicés chez les adultes au Canada : comorbidité, recours aux soins de santé et emploi*. Statistique Canada.
- PELLETIER, Louise, et al. (2017). « Autogestion des troubles de l'humeur et/ou d'anxiété par l'activité physique et l'exercice », *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada* 37(5): 160-71.
- PROVIDENCE HEALTH CARE. *Mental Health Program*. Dieticians.
- RAMSEY, Drew, et Philip MUSKIN (2013). « Vitamin deficiencies and mental health: How are they linked? », *Current Psychiatry*, 12 (1), 37-43.

- RESEAU COMMUNAUTAIRE EN SANTE MENTALE (2016). *La santé mentale doit être au cœur de la lutte à la pauvreté au Québec*.
- RODRIGUEZ, Tori (2016). « How Nutritional Interventions Can Help Improve Mental Illness », *The Clinical Advisor*. [<http://www.clinicaladvisor.com>].
- ROYAL AUSTRALIAN AND NEW ZEALAND COLLEGE OF PSYCHIATRISTS (2015). *Keeping Body and Mind Together: Improving the Physical Health and Life Expectancy of People with Serious Mental Illness*. [<https://www.ranzcp.org/Files/Publications/RANZCP-Keeping-body-and-mind-together.aspx>]. (January 15, 2018).
- SAMSON, Ester, et collab. (2014). *La lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées aux problèmes de santé mentale au Québec*, cadre de référence, Groupe provincial sur la stigmatisation et la discrimination en santé mentale.
- SARAVANE, Djéa (2016). *Soins somatiques et psychiatrie*, Psycom.
- TEASDALE, Scott B., Philip B. WARD, Simon ROSENBAUM, et collab. (2016). « A nutrition intervention is effective in improving dietary components linked to cardiometabolic risk in youth with first-episode psychosis », *British Journal of Nutrition*, 115, 1987-1993.
- TEASDALE, S. B., et collab. (2017). « A review of the nutritional challenges experiences by people living with severe mental illness: a role for dietitians in addressing physical health gaps », *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, The Official Journal of the British Dietetic Association.
- TEASDALE, S., P. WARD, et collab. (2017). « Solving a weighty problem: systematic review and meta-analysis of nutrition interventions in severe mental illness », *The British Journal of Psychiatry*, 210 (2), 110-118.
- TE POU (2014). *The Physical Health of People with a Serious Mental Illness and/or Addiction – an Evidence Review*. [<https://www.tepou.co.nz/uploads/files/resource-assets/the-physical-health-of-people-with-a-serious-mental-illness-and-or-addiction-an-evidence-review.pdf>]. (January 15, 2018).
- VANCAMPFORT, Davy, Brendon STUBBS, et al. (2016). « Physical Activity as a Vital Sign in Patients with Schizophrenia: Evidence and Clinical Recommendations », *Schizophrenia Research*, 170(2-3).
- VANCAMPFORT, Davy, Brendon STUBBS, Alex J. MITCHELL, et al. (2015). « Risk of Metabolic Syndrome and Its Components in People with Schizophrenia and Related Psychotic Disorders, Bipolar Disorder and Major Depressive Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis », *World Psychiatry* (the official journal of the World Psychiatric Association), 14(3): 339-47. [<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4592657&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>].
- WARD, Martha C., et collab. (2016). « A Meta-Review of Lifestyle Interventions for Cardiovascular Risk Factors in the General Medical Population: Lessons for Individuals with Serious Mental Illness », *The Journal of Clinical Psychiatry*, 76, 4, e477-e486.
- WILLIAMS, Julie, Brendon STUBBS, Fiona GAUGHRAN, et Tom CRAIG. (2016). « Walk This Way – a Pilot of a Health Coaching Intervention to Reduce Sedentary Behaviour and Increase Low Intensity Exercise in People with Serious Mental Illness: Study Protocol for a Randomised Controlled Trial », *Trials*, 17(1): 594. [<http://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-016-16602>].



Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale

Québec  
 

