

Modèles intégrés en santé mentale et en santé physique et détermination des niveaux d'intensité des services

Synthèse de la littérature

Sylvie Beauchamp, Ph. D.

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé et services sociaux

Direction des affaires universitaires, de l'enseignement et de la recherche
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Juin 2019
Déposé en Juillet 2015

Un outil d'aide à la décision de l'UETMIS-SS

 Les liens qui nous unissent

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Ouest-de-
l'Île-de-Montréal

Québec 

SOMMAIRE

Objectif : soutenir la gouvernance du CIUSSS-ODIM dans l'intégration des services en santé mentale et santé physique.

Question d'évaluation : Quels sont les effets des modèles de services intégrés en santé mentale et en santé physique?

- Pour quelles populations (ex. genre, groupe d'âge, diagnostics)?
- Dans quels milieux d'intervention (ex première ligne, communauté, colocation)?
- Sous quelles conditions de mise en œuvre (ex. facilitateurs, barrières)?

Méthode : recherche documentaire de la littérature scientifique et grise, revue d'études de synthèse.

Résultats : Les modèles de services intégrés peuvent prendre diverses formes selon le niveau d'intégration requis pour répondre aux besoins des usagers et de leurs proches. Les modèles d'intégration communautaire ont une efficacité établie pour les troubles dépressifs et pour les troubles sévères, persistants et complexes et sont en voie de l'être pour les troubles anxieux. Sur le plan physique, l'intégration des services contribuerait à améliorer les taux de dépistage (ex. cancer colorectal), d'immunisation (ex. vaccination contre la grippe et les infections pneumococciques) et de gestion des maladies chroniques (ex. dépistage du diabète, du cholestérol, évaluation des facteurs de risques de maladies cardio-vasculaires et éducation sur le tabagisme) auprès d'adultes vivant avec un trouble sévère de santé mentale.

Pour déterminer le niveau d'intégration, différents États utilisent l'instrument *Level of Care Utilization System* (LOCUS) et son parallèle le CALOCUS pour les enfants et les adolescents. Cet instrument validé est en cours d'implantation en Ontario et en Colombie-Britannique et largement utilisé aux États-Unis. Il a aussi servi de base à la réforme du système intégré de santé du Queensland, Australie.

Conclusion : Les études de synthèse consultées convergent vers une efficacité établie, mais les données ne précisent pas comment les services intégrés en santé mentale et en santé physique peuvent être mis en œuvre dans le contexte québécois. L'élaboration d'un guide de pratique sur la base de ces données pourrait être envisagée.

© CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

La reproduction partielle ou complète de ce document à des fins non commerciales ou personnelles est permise, à condition d'en citer la source.

Afin de citer ce document :

Beauchamp, Sylvie. (2019, déposé en 2015). Modèles intégrés en santé mentale et en santé physique et détermination des niveaux d'intensité des services. Synthèse de la littérature. Montréal, QC : CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Unité d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé et services sociaux (UETMIS-SS).

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2018

ISBN : 978-2-550-82259-2

www.ciuss-ouestmtl.gouv.qc.ca

AUTEURS

Sylvie Beauchamp, Ph. D.

Professionnelle Scientifique

CONSEILLERS SCIENTIFIQUE

Anne Crocker, Ph. D.

Chercheur à l'Institut universitaire en santé mentale de Douglas

Éric Latimer, Ph. D.

Chercheur à l'Institut universitaire en santé mentale de Douglas

DIVULGATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Aucun à signaler.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	ii
LISTE DE FIGURES.....	v
LISTE DE TABLEAUX	v
LISTE D'ENCADRÉS.....	v
1 INTRODUCTION.....	1
2 QUESTION D'ÉVALUATION	1
3 MÉTHODE	1
3.1 Critères d'inclusion / exclusion	2
4 RÉSULTATS	2
4.1 Modèles collaboratifs et intégrés	3
4.2 Efficacité des modèles intégrés sur la santé mentale.....	5
4.3 Sous-population	8
4.4 Efficacité des modèles intégrés sur la santé physique	10
4.5 Efficacité des modèles intégrés sur les déterminants sociaux de la santé	11
4.6 Obstacles à l'intégration des services	12
4.7 Éléments facilitant l'intégration des services	12
4.8 Implantation des services intégrés	13
4.9 Efficacité de l'intégration des services en santé mentale et en santé physique	13
4.10 Évaluation des besoins des usagers et détermination du niveau de services intégrés	15
4.10.1 Niveaux de services	17
4.10.2 Exemples d'application du LOCUS / CALOCUS.....	17
5 CONCLUSION	21
RÉFÉRENCES	23
Annexe 1 : Citations exclues après lecture des articles et motifs d'exclusion	25
Annexe 2 : Études retenues pour analyse	26

LISTE DE FIGURES

Figure 1: Diagramme de sélection des études relevées dans la littérature scientifique portant sur les services intégrés.....	3
--	---

LISTE DE TABLEAUX

Tableau 1 : approches et modèles collaboratifs de services selon Flexhaug et coll. (2012).....	6
Tableau 2 : efficacité des modèles communautaires intégrés sur la santé mentale	9
Tableau 3 : Niveaux de services suivant LOCUS et CALOCUS.....	18

LISTE D'ENCADRÉS

Encadré 1 : modèle à quatre quadrants pour l'intégration des services de santé mentale et physique selon les besoins des usagers.....	4
---	---

1 INTRODUCTION

La Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales a conduit à la création du Centre intégré universitaire en santé et en services sociaux de l'Ouest-de-l'Île de Montréal(CIUSSS-ODIM). Ce CIUSSS, dont l'institut universitaire en santé mentale Douglas fait partie, regroupe différents secteurs d'activités comme ceux de la santé, de la jeunesse, de la réadaptation, de la gériatrie et de la santé mentale¹. Pour réussir l'intégration des services offerts, le Ministère de la Santé et des Services sociaux exige que chaque centre intégré soit au cœur de son réseau territorial de services et qu'il veille notamment à l'organisation des services et à leur complémentarité sur son territoire dans le cadre de ses multiples missions (CH, CLSC, CHSLD, CPEJ, CR), et ce, en fonction des besoins de sa population et de ses réalités territoriales².

Dans la mise en œuvre du CIUSSS-ODIM, l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé mentale (UETMISM³) propose le présent document d'orientation, afin de soutenir la gouvernance du CIUSSS-ODIM dans ses décisions en matière d'intégration des services en santé mentale et physique. Ce document ne présente pas un état de la littérature sur la question. Il permet néanmoins de fournir des informations issues de la littérature scientifique et de documents gouvernementaux, afin de guider la décision relative à l'intégration des services en santé mentale et physique au sein du CIUSSS.

2 QUESTION D'ÉVALUATION

La présente étude vise à répondre spécifiquement aux questions d'évaluation suivantes :

- Quels sont les effets des modèles de services intégrés en santé mentale et en santé physique ?
 - Pour quelles populations (groupe d'âge, diagnostics) ?
 - Dans quels milieux d'intervention (ex première ligne, communauté, colocation)?
 - Sous quelles conditions de mise en œuvre (facilitateurs, barrières) ?

3 MÉTHODE

Une recherche documentaire a été menée le 6 mars 2015 dans les banques de données Medline, ProQuest et PsychInfo ainsi que dans le catalogue *The Cochrane Collaboration*. Cette recherche visait à identifier les revues de synthèse portant sur l'évaluation des services intégrés en santé mentale et physique. Elle a été appliquée sans limites temporelles aux trois banques de données avec les mots-clés suivants: (((mental health and integrated care) or integrated services) and review) ab. La littérature grise a aussi été consultée afin de repérer des rapports de recherche et des documents gouvernementaux

¹ Le terme santé mentale inclut les troubles liés aux substances telles que définies au *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V)

² Informations accessibles sur le site officiel du Ministère de la Santé et des Services sociaux à l'adresse Internet suivante : <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/reorganisation/portrait> Consulté le 9 juillet 2015.

³ L'UETMISM est maintenant désignée comme l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (UETMIS-SS).

traitant de l'objet d'évaluation. Cette consultation de la littérature grise a été réalisée de façon continue au moyen des moteurs de recherche Google et Google Scholar.

3.1 Critères d'inclusion / exclusion

La sélection des études a été menée dans un premier temps à partir de la lecture des titres et des résumés, puis par la lecture des articles présélectionnés. Le repérage des études a été réalisé sur la base des critères d'inclusion et d'exclusion suivants :

Critères d'inclusion

- Études de synthèse portant sur l'évaluation de services intégrés en santé mentale et en santé physique.

Critères d'exclusion

- Études portant strictement sur des troubles concomitants de santé mentale et de troubles liés à une substance
- Études ne respectant pas le critère d'inclusion.

4 RÉSULTATS

Des 354 citations repérées, 28 doublons ont été retirés. Des 326 citations restantes, 306 ont été exclues suite à la lecture des titres et des résumés. Les 20 revues présélectionnées ont fait l'objet d'une analyse approfondie. De ce nombre, 10 ont été exclues après lecture des articles. Ainsi, 11 études de synthèse constituent le corpus scientifique de la présente fiche informative. Cependant, deux de ces publications rédigées par les mêmes auteurs ont été fusionnées et ont été considérées comme une seule étude (1, 2). La figure 1 présente le diagramme de sélection des études relevées dans la littérature scientifique portant sur les services intégrés. Les citations exclues après lecture des articles ainsi que les motifs de leur exclusion sont présentés à l'[annexe 1](#). Les études retenues pour analyse sont listées à l'[annexe 2](#).

Par ailleurs, la recherche de la littérature grise a permis de déceler deux revues systématiques : l'une qui décrit les modèles de services intégrés (3) et l'autre qui s'en inspire pour en évaluer les effets de l'intégration ou de la coordination des services (4). De plus, un instrument validé de détermination du niveau de services intégrés, le *LOCUS-Level of care utilisation system for psychiatric and addiction services* (5-7) élaboré par l'*American Association of Community Psychiatrists* sera présenté et illustré par des exemples d'application relevés dans des documents gouvernementaux.

Figure 1: Diagramme de sélection des études relevées dans la littérature scientifique portant sur les services intégrés



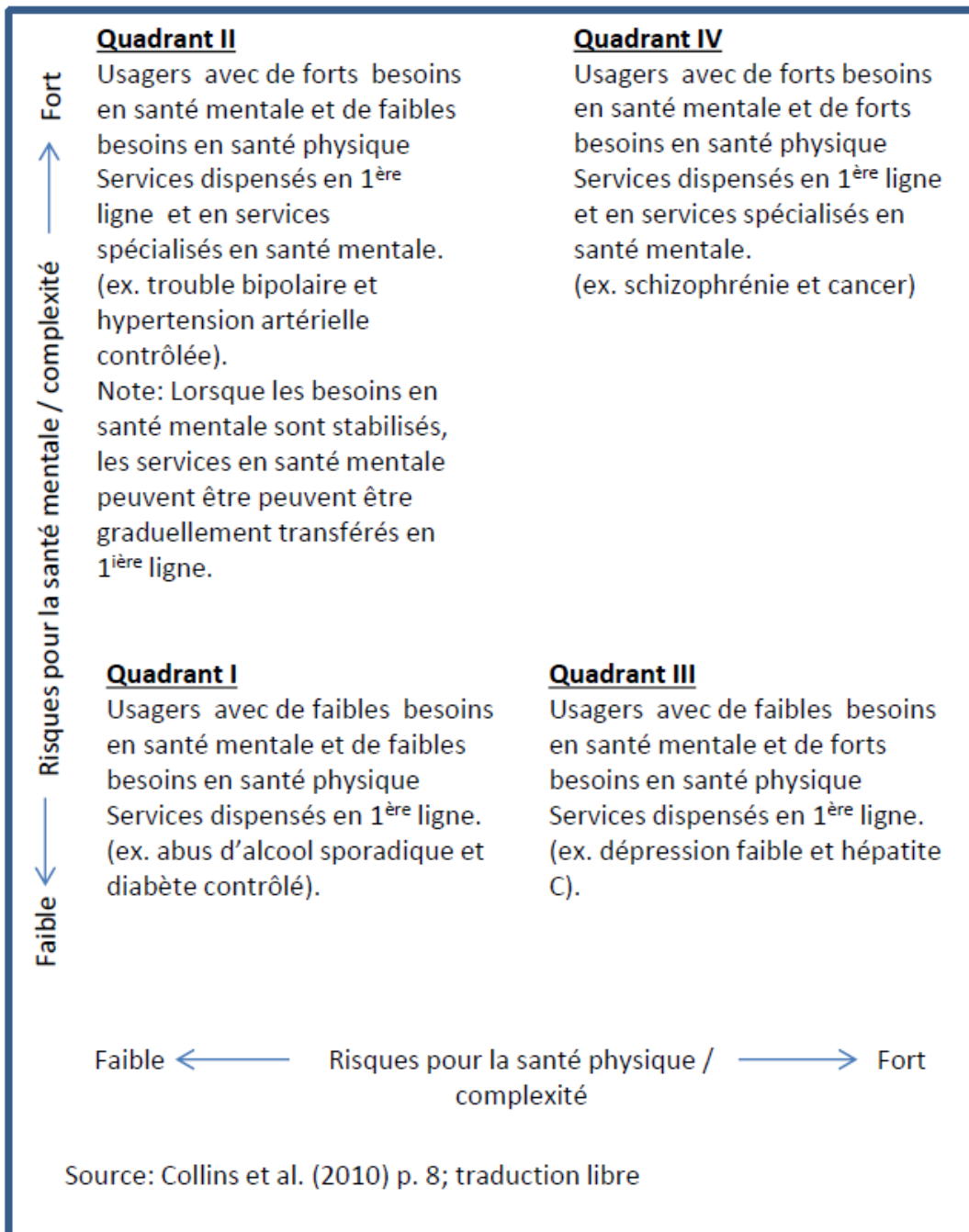
4.1 Modèles collaboratifs et intégrés

Les modèles intégrés peuvent être définis de diverses façons et sont parfois confondus avec les modèles collaboratifs. Les modèles collaboratifs renvoient à la nécessité pour différents prestataires de soins et de services indépendants de collaborer et de communiquer entre eux afin de répondre aux besoins globaux des usagers. Ces services sont le plus souvent donnés pour traiter des personnes souffrant d'une maladie chronique ou d'un trouble concomitant dont la complexité ne confond pas nécessairement le traitement ou le service approprié. Quant aux modèles intégrés, ils réfèrent à des prestations de services dispensés par une équipe multidisciplinaire et dont les plans de services et d'interventions considèrent la globalité des usagers. Ces modèles intégrés vont au-delà du domaine de spécialisation pour aborder de nombreux besoins sanitaires et sociaux. Ils sont le plus souvent dispensés aux usagers qui ont des besoins complexes, lesquels nécessitent l'apport d'une équipe multidisciplinaire et de travailleurs de soutien (3, 4).

Tant les modèles collaboratifs que les intégrés peuvent être adéquats, dépendamment de l'état de santé mentale et de santé physique des usagers. Le modèle collaboratif peut être indiqué pour certains usagers (ex. personne vivant avec une dépression légère et une obésité modérée) ou servir de tremplin vers des services plus intégrés dans une perspective de gestion du changement. Par ailleurs, les modèles intégrés peuvent s'avérer nécessaires lorsque de multiples besoins doivent être comblés (ex. personne

vivant avec le VIH et la schizophrénie en situation d'itinérance). Collins et coll. (3) propose un modèle à quatre quadrants pouvant servir à guider les intervenants dans la détermination du niveau requis d'intégration des services en santé mentale et en santé physique. L'encadré 1 présente ce modèle à quatre quadrants selon les besoins des usagers.

Encadré 1 : modèle à quatre quadrants pour l'intégration des services de santé mentale et physique selon les besoins des usagers



Flexhaug et coll. (2012) ont repéré neuf modèles qu'ils décrivent dans un continuum passant de la communication à l'intégration. Ces modèles sont regroupés suivant trois approches, soit : 1) l'approche de communication qui comprend les communications entre professionnels et les services médicaux en santé mentale; 2) l'approche de colocation et de collaboration qui regroupe la colocation, les services partagés, les services partagés inversés et le réseau spécialisé en étoile et 3) l'approche d'équipe intégrée qui rassemble les services unifiés, l'équipe en santé mentale de première ligne et le plein système de services intégrés. Le tableau 1 présente les trois approches et les neuf modèles proposés par Flexhaug et coll. (4) en fonction de l'intensité de la coordination des services nécessaire et du niveau de besoins des usagers visés.

4.2 Efficacité des modèles intégrés sur la santé mentale

Flexhaug et coll. (4) ont évalué systématiquement plus de 300 études portant sur l'évaluation des modèles de services intégrés. Leur revue systématique montre que certains modèles sont appuyés sur des méthodologies robustes, tandis que d'autres ne le sont pas. Ainsi, la qualité des données scientifiques en soutien à ces modèles est variable. Certains modèles sont démontrés efficaces pour un groupe donné, tandis que leurs effets pour d'autres populations ne peuvent être pour le moment démontrés, faute de données scientifiques. Les auteurs mettent aussi en garde du fait que si certains modèles ont été peu étudiés en termes d'efficacité, aucune conclusion sur leurs effets ne peut alors être portée. La collecte de données primaires serait donc nécessaire pour répondre à la question d'efficacité. De plus, ils soulignent que les effets rapportés ne peuvent être attribués spécifiquement à l'intégration des services ou au niveau de collaboration, car des facteurs confondants comme les services systématiques, les déterminants sociaux ou la relation thérapeutique y sont présents. Malgré ces limites méthodologiques, les auteurs ont été en mesure de tirer des conclusions quant à **l'effet des modèles intégrés** auprès de populations vivant avec un trouble de santé mentale concomitant ou non avec une utilisation problématique de drogue ou d'alcool.

D'emblée, les auteurs excluent **l'approche de communication** (modèles de communication et de services médicaux) des modèles de services intégrés, du fait qu'il s'agit de liens traditionnels entre les services médicaux de première ligne et les services en santé mentale. Les données scientifiques n'appuient pas cette approche en termes d'intégration des services. Néanmoins, les auteurs soulignent que l'approche de communication pourrait être adéquate pour des usagers ayant un besoin faible ou sporadique de services, à la condition que le médecin de première ligne soit formé adéquatement en évaluation et en traitement de la santé mentale et que des outils d'autogestion soient accessibles.

Tableau 1 : approches et modèles collaboratifs de services selon Flexhaug et coll. (4)

	Modèle communautaire d'intégration des services	Sévérité des besoins	Milieu, type de professionnels et de services
Approche de communication	Communication entre les professionnels	Léger à modéré	Pratiques distinctes, gestion de cas, consultation psychiatrique
	Services médicaux en santé mentale		Consultation-liaison; service médical avec un soutien spécialisé
Colocation et approche de collaboration	Colocation	Léger à modéré	Espace partagé - service distinct; services en collaboration; services d'éducation et d'autogestion; plans de services indépendants qui peuvent inclure des références à d'autres services
	Services partagés		Services généralement dispensés en première ligne où le gestionnaire de services fait le suivi et l'évaluation des réponses et de l'observance au traitement; équipe mobile en santé mentale vers le médecin de première ligne; services d'éducation et d'autogestion; plans de services en première ligne avec composantes en santé mentale qui peuvent inclure des références à d'autres services
	Services partagés inversés	Modéré à sévère et persistant	Services dispensés sur un site en santé mentale; espace partagé où une infirmière praticienne généraliste (temps plein ou partiel) dans un site psychiatrique; plan de services principalement en santé mentale avec des composantes de services primaires
	Réseau spécialisé en étoile (service central avec ramifications), équipe mobile	Sévère et /ou persistant / complexe	Sur la base de services partagés, des équipes multidisciplinaires fournissent des évaluations spécialisées aux médecins de première ligne, aux familles et aux professionnels, des consultations, de l'éducation et du soutien et des services directs à court terme en milieu communautaire
Approche d'équipe intégrée	Services unifiés	Sévère et persistant	Pleins services de première ligne et de psychiatrie sur un même site; organisation fortement intégrée des services cliniques, du financement, de l'administration, dossiers des usagers et plan de services intégrés
	Équipe en santé mentale de première ligne	Modéré à sévère	Membres du personnel en santé mentale entièrement intégré à une équipe de services de première ligne; accent sur des interventions brèves pour une grande quantité d'usagers; concept de guichet unique à l'admission
	Système de services pleinement intégrés	Sévère et persistant / complexe	Équipe de soutien; continuum de services ambulatoires et logements subventionnés; interdisciplinaire (ambulatoire et résidentiel); plans de services individualisés pour les usagers à haut risque à travers de multiples services organismes / disciplines

Le **modèle de colocation** destiné aux usagers ayant un niveau de besoins légers à modérés favoriserait l'accès aux services, sans toutefois créer en soi une collaboration ou une intégration des services. Ce modèle n'a pas été suffisamment évalué pour pouvoir tirer des conclusions sur les résultats attendus. Le **modèle des services partagés** serait démontré efficace pour les usagers vivant avec une dépression faible à modérée, avec certains troubles anxieux, pour les plus âgés avec une dépression et pour les utilisateurs de drogue ou d'alcool. Ce modèle est également démontré efficace auprès des usagers avec des troubles sévères de santé mentale (ex. bipolarité, sévère dépression), lorsque les symptômes et le fonctionnement sont stabilisés pendant un certain temps, et que le médecin est formé pour identifier et évaluer les signes de détérioration. L'efficacité de ce modèle serait accrue lorsque le médecin aurait reçu une formation spécifique en santé mentale et que du matériel d'autogestion serait disponible pour les usagers. Le **modèle des services partagés inversés** serait moins étudié, puisque plus récent. Ce modèle aurait été créé pour les usagers déjà engagés dans des services en santé mentale, mais dont l'accès à la première ligne pose problème et serait prometteur en ce sens. Le **modèle en réseau spécialisé en étoile** vise des usagers qui ont des besoins qui nécessitent une équipe de haut niveau de spécialisation et qui ne sont généralement pas offerts dans les services traditionnels de santé mentale. En raison du haut niveau de spécialisation requis, ces équipes multidisciplinaires ne peuvent offrir leurs services de façon continue dans la communauté, mais elles procèdent aux évaluations, coordonnent et dirigent les plans de service et offrent des services d'éducation et de consultation auprès de leurs partenaires communautaires. Ce modèle est démontré efficace pour les usagers avec un trouble concomitant du développement et de santé mentale, souvent compliqué par l'utilisation de drogue ou d'alcool, pour les jeunes adultes vivant un premier épisode psychotique et pour les services de psychogériatrie.

Le **modèle des services unifiés** vise des usagers qui ont un trouble sévère de santé mentale et complexe et une utilisation problématique de drogue ou d'alcool. Ce modèle incarne la colocation et la collaboration pour répondre, sur un même site, à l'ensemble des besoins en matière de santé. Même si ce modèle est intégré, il se limite à des questions de santé, sans considérer des facteurs sociaux qui pourraient l'influencer comme le logement, l'emploi ou le revenu. Ce modèle est en développement et les données scientifiques actuelles sont insuffisantes pour établir son efficacité ou son inefficacité. Le **modèle de l'équipe en santé mentale de première ligne** évoque l'approche de santé populationnelle, en considérant l'utilisateur dans son ensemble, dont les déterminants sociaux de la santé et de la prévention. L'équipe, sans être spécialisée, doit avoir une grande connaissance des troubles mentaux, y compris de l'utilisation problématique de drogue ou d'alcool. Les interventions sont intensives, focalisent sur les risques et permettent l'accès aux services en santé mentale. Ces interventions se font là où se situe l'utilisateur. Ce modèle s'apparente aux programmes de travail de rue qui ciblent les individus vivant des problèmes complexes de santé, de santé mentale, de toxicomanie, de logement et d'autres défis sociaux. Les données scientifiques portant sur l'évaluation de ce modèle sont en émergence. Cependant, l'approche serait prometteuse pour les personnes à risque comme celles vivant en situation d'itinérance. Le **modèle du système de services pleinement intégrés** est offert aux personnes qui ont besoin d'un soutien au quotidien. Ces équipes considèrent la personne dans sa globalité et la soutiennent intensivement. Le soutien peut être fait directement ou en établissant des partenariats formels avec d'autres organisations ou fournisseurs de services (ex. logement social ou propriétaire,

employeur, centres d'éducation, de formation et de loisir). L'efficacité de ce modèle varie suivant l'approche utilisée. Par exemple, l'efficacité, voire l'efficience de l'intervention communautaire intensive est établie. Cette approche est reconnue comme une pratique exemplaire pour les adultes vivant avec un trouble psychotique, pour les personnes qui ont de fréquentes hospitalisations et celles qui ont des difficultés d'intégration sociale (ex. accès au logement, au revenu et à l'emploi) avec ou sans troubles concomitants liés à une utilisation problématique de drogue ou d'alcool. Par ailleurs, l'approche de gestion de cas intensive en milieu communautaire serait prometteuse auprès des personnes avec des troubles sévères de santé mentale, sans nécessairement être d'ordre psychotique, avec des difficultés fonctionnelles d'intégration sociale significatives et de fréquentes hospitalisations. Par contre, les données scientifiques de qualité sont insuffisantes pour conclure sur l'efficacité d'autres types d'approches intensives communautaires, mais celles-ci seraient prometteuses auprès des personnes vulnérables, des populations difficiles à rejoindre telles que ceux qui sont en situation d'itinérance, qui ont des problèmes liés à l'alcoolisme ou à la toxicomanie ou des troubles concomitants significatifs (par exemple une déficience intellectuelle, des démêlés avec le système de justice ou des lésions cérébrales induites par une substance). Enfin, des adaptations de ces modèles sont en émergence, telle que l'intervention communautaire intensive et transitionnelle pour les jeunes à risque d'itinérance et l'intervention communautaire intensive légale pour ceux qui ont une histoire d'incarcération. Toutefois, les données scientifiques sont insuffisantes pour conclure sur leurs effets. Le tableau 2 résume les données d'efficacité des modèles communautaires intégrés de services en santé mentale.

4.3 Sous-population

La littérature scientifique portant sur des groupes d'âge spécifiques ou qui distingue les effets des programmes intégrés selon le genre apparaît hétérogène. La majorité des études ont été réalisées auprès d'hommes, mais l'hétérogénéité des modèles d'intégration et les différents troubles de santé mentale évalués limitent la généralisation des résultats aux jeunes, aux femmes et aux aînés (8). La littérature portant sur la dépression démontre une efficacité établie (2, 4, 9, 10) mais les distinctions en termes d'âge et de genre sont parcellaires. Néanmoins, Butler et coll. concluent qu'il y aurait une différence significative dans les composantes d'efficacité des services intégrés ciblant la dépression; la médication serait plus efficace chez les femmes et la psychothérapie chez les hommes (1). Les adolescents pourraient aussi en bénéficier, tandis que les services seraient prometteurs pour les enfants vivant avec un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Les services intégrés pour les troubles anxieux seraient prometteurs pour les adultes et les aînés et en émergence pour les adolescents.

Tableau 2 : efficacité des modèles communautaires intégrés sur la santé mentale

Modèle communautaire d'intégration des services	Force des données scientifiques*	Niveau de besoins	Type de troubles de santé mentale
Colocation	Non établie	Léger à modéré	Légers ou sporadiques
Services partagés	Établie	Léger à modéré	Dépression faible à modérée, certains troubles anxieux, dépression pour les aînés, troubles liés à une substance, troubles sévères lorsque stabilisés
Services partagés inversés	Émergente	Modéré à sévère et persistant	Tous troubles nécessitant des services en santé mentale
Réseau spécialisé en étoile (service central avec ramifications), équipe mobile	Établie	Sévère et / ou persistant / complexe	Troubles concomitants du développement et de santé mentale avec ou sans troubles liés aux substances, premiers épisodes psychotiques, troubles gériatriques
Services unifiés	Non établie	Sévère et persistant	Troubles sévères en santé mentale et complexe et utilisation problématique d'alcool ou de drogue
Équipe en santé mentale de première ligne	Émergente	Modéré à sévère	Personnes vivant en situation d'itinérance
Système de services pleinement intégrés	Établie	Sévère et persistant / complexe	Troubles psychotiques; fréquentes hospitalisations

***Établie**: il y a *suffisamment* de données scientifiques pour avancer qu'une intervention a des effets favorables sur les personnes concernées.

Émergente : *quelques études* de qualité indiquent qu'une intervention a des effets favorables sur les personnes concernées, mais d'autres études sont nécessaires pour confirmer leur efficacité théorique.

Non établie : il n'existe pas de données scientifiques de qualité permettant de déterminer si une intervention a des effets favorables, nuls ou nuisibles sur les personnes concernées (INESSS, 2015).

Sur le plan préventif, Catania et coll. ont mené une revue narrative portant sur des services intégrés pour les jeunes âgés de 0 à 25 ans (11). Leurs données pour les services à la petite enfance s'appuient principalement sur les résultats d'une évaluation d'un programme d'intervention prénatale et précoce auprès de familles réparties aléatoirement sous quatre conditions : 1) groupe contrôle sans services (n = 90); 2) groupe avec un transport régulier et gratuit pour des visites prénatales et de bien-être de l'enfant (n=94); 3) groupe visité par une infirmière durant la grossesse (n=100) et 4) groupe de familles visitées par une infirmière durant les deux premières années de vie de l'enfant (n=116). Les auteurs rapportent que les familles visitées par une infirmière ont eu moins de vérifications pour soupçon d'abus ou de négligence, qu'elles punissaient moins souvent leur enfant, possédaient plus de jouets, s'amusaient plus avec leur enfant et fréquentaient moins souvent l'urgence comparativement au groupe contrôle.

Pour les adolescents et les jeunes adultes, leurs données s'appuient surtout sur deux essais cliniques randomisés : l'un auprès de jeunes de 13 à 21 ans et l'autre auprès de jeunes de 12 à 18 ans. Les deux études visent une diminution des signes de dépression comparativement aux services usuels. Les résultats obtenus sont mixtes. Dans le premier essai clinique randomisé, des effets significatifs ont été notés pour les signes de dépression. Dans le second, aucune différence significative n'a été observée ($p = 0,07$). Toutefois, les auteurs ne précisent pas si ces différences sont statistiquement significatives. De plus, la méthode de recherche documentaire et d'analyse des données n'y est pas présentée.

4.4 Efficacité des modèles intégrés sur la santé physique

Dans une perspective holistique, les effets des modèles intégrés sur la santé physique des personnes vivant avec un trouble de santé mentale ont été étudiés. Quoique ces modèles soient hétérogènes en termes de populations desservies (ex. groupe d'âge, genre, diagnostics) certaines convergences dans les résultats obtenus permettent de tirer des conclusions.

Dans un rapport d'évaluation exhaustif préparé pour le *Agency for Healthcare Research and Quality's (AHRQ)* (1), Butler et coll. précisent que l'intégration des services pour les personnes vivant avec un trouble de santé mentale peut se faire de deux façons, soit : 1) en intégrant les services de santé mentale en première ligne; 2) en intégrant la première ligne dans les services spécialisés en santé mentale. Le but de l'intégration est de donner accès aux services là où la personne se trouve. La première ligne est souvent plus fréquentée par les personnes vivant avec un trouble courant comme la dépression, les troubles anxieux, incluant les états subsyndromiques⁴. Inversement, celles avec un trouble sévère comme la schizophrénie ou la bipolarité se retrouvent davantage dans les services spécialisés en santé mentale. Néanmoins, toutes ont besoin à la fois des services en santé physique et mentale.

Le rationnel justifiant l'intégration des services de santé mentale en première ligne est éprouvé par cinq constats de la recherche scientifique, à savoir : 1) les personnes avec un trouble de santé mentale ne reçoivent souvent pas de traitement; 2) elles sont plus susceptibles d'être vu dans les services de première ligne (23 %) que dans le secteur spécialisé en santé mentale (22 %); 3) elles sont beaucoup plus susceptibles de consulter un médecin de première ligne annuellement qu'un spécialiste en santé mentale. Ainsi, le médecin de première ligne peut être dans une meilleure position à reconnaître les problèmes et à améliorer les taux de traitement approprié; 4) nombre d'entre elles ont des problèmes physiques concomitants comme les maladies cardiovasculaires ou pulmonaires, le diabète et l'arthrite. Puisque les troubles de santé mentale exacerbent l'invalidité associée aux problèmes physiques, les services intégrés peuvent potentiellement réduire les coûts globaux des services de santé et 5) il existe un ensemble de preuves que des services efficaces pour les troubles de santé mentale communs, tels que la dépression et l'anxiété, peuvent être livrés efficacement en première ligne, bien que dans la pratique habituelle, ces services tombent souvent en dessous des normes de qualité (1, 2).

⁴ Subsyndromiques : états caractérisés par la présence d'un ou plusieurs symptômes, mais qui n'atteignent pas le seuil du diagnostic.

L'intégration des services de première ligne aux services spécialisés en santé mentale se justifie du fait que les services de santé physique ne sont souvent pas rendus aux personnes avec un trouble sévère et persistant de santé mentale comme la bipolarité. Pourtant, ces personnes sont à haut risque de développer des problèmes de santé physique comme l'hypertension, les maladies coronariennes et le diabète et ont une espérance de vie significativement inférieure à la population en général. De plus, plusieurs effets physiques indésirables causés par des médicaments parmi les plus efficaces pour traiter la maladie mentale sont connus, notamment les syndromes métaboliques (ex. cholestérol élevé, obésité et pression artérielle) qui amplifient les risques de maladies cardiovasculaires et du diabète (1, 2, 12).

Sur le plan de la prévention, les études de synthèse repérées montrent que l'intégration des services contribuerait à améliorer les taux de dépistage (ex. cancer colorectal), d'immunisation (ex. vaccination contre la grippe et les infections pneumococciques) et de gestion des maladies chroniques (ex. dépistage du diabète, du cholestérol, évaluation des facteurs de risques de maladies cardio-vasculaires et éducation sur le tabagisme) auprès d'adultes vivant avec un trouble sévère de santé mentale (8). De plus, un accès accru aux services de première ligne pourrait prévenir les troubles de santé physique chez les personnes avec un trouble sévère et persistant de santé mentale (1, 2).

Par ailleurs, les services intégrés permettraient d'améliorer l'accès et l'équité des services en santé mentale en réduisant les obstacles à la disponibilité, notamment des services ambulatoires, de réadaptation et de suivi. Créés dans leur contexte d'intervention, les services intégrés peuvent augmenter la capacité de cibler les groupes hautement prioritaires grâce à des programmes adaptés (ex. groupes culturels, personnes âgées ou sans-abris) ainsi que faciliter la gestion de cas et des médicaments. Par une évaluation globale des besoins des usagers, les services intégrés ont la capacité de déterminer l'intensité des interventions requises, non seulement en termes de fréquence, mais aussi du niveau de services (des services communautaires aux services ultraspecialisés). Ils favorisent ainsi la communication entre les intervenants sur des aspects de la santé mentale et physique, du fonctionnement social, de la qualité de vie (13).

Plusieurs services intégrés incluent des programmes de formation à l'autogestion pour améliorer la santé générale des personnes vivant avec un trouble de santé mentale sévère. Ces programmes peuvent prendre diverses formes et incluent l'éducation des patients et l'utilisation de techniques spécifiques, tels que la modélisation, le jeu de rôle, l'entraînement, le renforcement, le soutien par les pairs, le soutien infirmier, etc. Dans une revue systématique portant sur la question, Kelly et coll. rapportent des résultats prometteurs, notamment sur la santé physique (pression artérielle, cholestérol et risque de maladies cardiovasculaires), mais l'hétérogénéité des modèles étudiés et des programmes de formation empêche la comparaison de l'efficacité des éléments de formation (14).

4.5 Efficacité des modèles intégrés sur les déterminants sociaux de la santé

Dans une revue systématique de revues systématiques publiées entre 2000 et 2007, Franx et coll. ont étudié les changements organisationnels destinés à améliorer les services aux personnes vivant avec un trouble de santé mentale sévère (15). Les auteurs ont notamment évalué l'efficacité des programmes de santé mentale intégrés dans des services d'hébergement, de réadaptation vocationnelle et de dépendance ainsi que des services médicaux de première ligne. Ils rapportent les résultats de huit

études systématiques évaluées de bonne qualité. La synthèse des résultats montre que les services intégrés sont significativement plus efficaces que les services usuels pour influencer la rétention des usagers, pour l'obtention ou la conservation d'un logement, pour la diminution d'abus de substances (alcool ou drogue) et pour l'obtention d'un emploi, voire la réalisation d'un travail concurrentiel.

4.6 Obstacles à l'intégration des services

Selon Butler et coll. le principal obstacle à l'implantation des modèles intégrés est financière dû au fait que plusieurs activités qui y sont associés ne sont pas remboursées (1). Les fonctions de gestion, de coordination, de consultation avec les autres intervenants de communication avec les usagers ne sont généralement pas remboursées en vertu des paiements à l'acte.

Certaines stratégies, à portée limitée, ont été appliquées par des fournisseurs de services intégrés et des compagnies d'assurance pour surmonter ces obstacles comme des plans de communication, une structure de prise de contact pour les gestionnaires de cas, la prime au rendement. Il est cependant nécessaire de noter que la majorité des études incluses à cette revue systématique ont été menées aux États-Unis et que la façon de procéder au remboursement du Medicaid pose problème. Les obstacles rencontrés en première ligne sont :

- les restrictions de Medicaid sur le paiement de facturations sur un même jour;
- le manque de remboursement des services de collaboration et de gestion de cas liés à la santé mentale;
- le manque de remboursement des services fournis par des non-médecins, les praticiens alternatifs et les praticiens contractuels;
- le désaveu de remboursement du Medicaid lorsque les fournisseurs de première ligne soumettre leurs factures avec seulement un diagnostic de santé mentale et le traitement correspondant;
- les taux de remboursement en milieux ruraux et urbains;
- le manque d'incitatifs au remboursement pour les services de dépistage et de la prévention en santé mentale.

Sur le plan organisationnel, les obstacles comprennent à la fois les questions liées au changement et au processus de dispensation des services. La résistance au changement dans la façon de faire, les nouveaux rôles des intervenants ainsi que la balance entre les différentes demandes sont parmi les barrières organisationnelles répertoriées, mais qui pourraient être surmontées par un leadership fort (champion du programme). Enfin, le développement durable reste une préoccupation majeure, car l'introduction d'un modèle évalué comme établi par la recherche dans une offre de services demeure un grand défi en termes de fidélité des interventions (1).

4.7 Éléments facilitant l'intégration des services

Les travaux de synthèse de Myors et coll. (16) appuient, par antithèse, ceux de Butler et coll. (1). Myors et coll. ont réalisé une étude de synthèse portant sur les perceptions et les expériences des professionnels dans leur travail en collaboration et dans des modèles intégrés de services périnataux pour les femmes vivant avec un trouble de santé mentale (16). Quatorze documents sont inclus dans

l'analyse. Le thème principal identifié par les auteurs est le processus de «faire advenir ». Huit éléments clés ont été identifiés comme des éléments centraux de ce processus:1) la disponibilité des fonds et des ressources humaines pour la collaboration; 2) le partage d'une vision commune, 3) des buts et des objectifs clairs et énoncés; 4) l'adhérence à un guide de pratique ou à des lignes directrices; 5) la continuité des soins; 6) le développement de relations de confiance; 7) la clarté des rôles; 8) la formation des professionnels et du personnel de soutien afin de les habiliter dans leurs nouvelles tâches.

4.8 Implantation des services intégrés

Kelly et coll. ont analysé des revues systématiques afin d'évaluer les composantes essentielles à la mise en œuvre des services intégrés efficaces. Les auteurs se sont concentrés sur les revues systématiques portant principalement sur des populations vivant avec un trouble sévère de santé mentale (ex. bipolarité, schizophrénie, névrose dysfonctionnelle ainsi que des troubles sévères concomitants à l'alcoolisme et à l'itinérance) (13). Les troubles de démence, liés aux substances et de la personnalité sont exclus de leur analyse. Les auteurs montrent que les services intégrés couvrent un large éventail d'activités et d'arrangements, où l'implication des intervenants fluctue selon les besoins des usagers. Ainsi, chaque modèle doit s'adapter à la communauté desservie et à son contexte. Néanmoins, les modèles de services intégrés efficaces se caractérisent par des stratégies multi composantes qui peuvent guider leur implantation. Ces stratégies se reflètent par les principes suivants: 1) la nature chronique et complexe de plusieurs problèmes de santé mentale; 2) la nécessité d'améliorer l'accès et l'engagement dans les services (ex. co- localisation des services généraux et des services de santé mentale pour diminuer la stigmatisation); 3) la nécessité d'améliorer l'observance au traitement et la continuité des services grâce à la coordination, la facilitation et le suivi des usagers, et 4) un ensemble clair de composantes centrales pour promouvoir les services de collaboration tout en ayant la flexibilité nécessaire pour répondre aux besoins locaux et au contexte d'intervention (13).

Dans une évaluation systématique de revues systématiques, Franx et coll. précisent que les données scientifiques montrent que les changements organisationnels apportent des effets positifs chez les personnes vivant avec un trouble sévère de santé mentale (15). Ces changements organisationnels réfèrent surtout aux équipes multidisciplinaires, aux services intégrés et aux milieux d'intervention. L'efficacité de certains modèles intégrés tels que l'intervention communautaire intensive, le soutien à l'emploi et les équipes communautaires en santé mentale est particulièrement établie. Toutefois, les auteurs notent que les données portant sur les stratégies organisationnelles spécifiques comme la révision des rôles des professionnels, la gestion des connaissances (meilleure gestion des technologies de l'information) et la gestion de la qualité (amélioration continue de la qualité, mesure d'indicateurs de performance) sont absentes des études retenues.

4.9 Efficience de l'intégration des services en santé mentale et en santé physique

Une étude actuarielle⁵ réalisée pour le compte de l'*American Psychiatric Association* a été menée, afin de sensibiliser les psychiatres aux coûts élevés des services de santé livrés aux usagers qui ont des troubles concomitants de santé mentale et de santé physique. Basés sur l'expérience récente de

⁵ Cette étude a été réalisée par trois actuaires membres accrédités par le *American Academy of Actuaries*.

programmes intégrés et évalués comme efficaces (voir, par exemple, les revues systématiques de Flexhaug et coll. (4) et de Butler et coll. (1), les auteurs ont estimé la partie des dépenses des services de santé qui pourrait être contrôlée par l'intégration des services de santé mentale et de santé physique. Les données ont été colligées au moyen d'une analyse des banques de données d'assurance-santé étasuniennes⁶ (Medicare, Medicaid et commerciales). Leurs résultats n'incluent ni les personnes qui n'ont pas été diagnostiquées, ni celles qui ne sont pas assurées. Par ailleurs, cette analyse économique n'est pas adaptée au système de santé québécois. Néanmoins elle pourrait donner des indications sur la valeur ajoutée de l'intégration des services.

D'emblée, les auteurs ont estimé que les coûts pour la santé étaient de deux à trois fois plus élevés pour les assurés vivant avec une maladie chronique associée à un problème de santé mentale concomitant à un abus de substances comparativement à ceux qui n'ont pas de troubles concomitants de santé mentale et d'abus de substances. En 2012, les coûts totaux des services à l'échelle nationale pour la population avec ces troubles concomitants étaient évalués à 525 milliards US\$ comparativement à 1,7 trillions US\$ pour l'ensemble des assurés. Ainsi, même si les assurés présentant un trouble concomitant de santé mentale et d'abus de substance ne constituent que 14% des membres, ils comptent pour plus de 30% des frais encourus pour les services de santé.

Au terme de leur analyse, les résultats montrent un potentiel d'épargne annuel entre 26,3 et 48,3 milliards US\$ à l'échelle nationale. Cette estimation, incluant le salaire des médecins, psychiatres ou non, est projetée à 35 milliards US\$ pour l'année 2014 (17). Or, l'*American Medical Association* dénombrait en 2012 41 784 psychiatres pratiquant sur son territoire⁷. Parallèlement, le *Bureau of Labor Statistics* estimait en mai 2011 la rémunération annuelle moyenne par psychiatre à \$ 174 170 US \$, ce qui se traduirait à près de 7,3 milliards de dollars en salaire annuel pour l'ensemble des psychiatres⁸. En comparant cette estimation à celle de l'épargne projetée par l'intégration des services (26,3 à 48,3 milliards US\$), Melek et coll. évaluent que les retombées financières potentielles des programmes intégrés pourraient être de 3,5 à 6,6 fois supérieur au salaire annuel moyen d'un psychiatre (17). Des économies générées par l'intégration, 10% pourraient être allouées aux psychiatres pour leur collaboration (ou être créditées avec un certain pourcentage de réelles économies de coûts de services de santé atteint par un arrangement contractuel), ce qui aurait le potentiel d'augmenter l'estimation salariale globale pour la psychiatrie d'environ 50%. Le 90% de l'épargne restante pourrait être partagé avec d'autres équipes collaboratives, être utilisé pour abaisser les primes de services de santé et être réinvesties dans les services communautaires.

Pour réaliser ces économies, Melek et coll. précisent qu'il serait préférable de mettre en œuvre l'intégration à partir des troubles de santé physique qui montrent le plus grand potentiel d'économies, dans une perspective individuelle ou pour l'ensemble de la population (17). Les troubles graves de santé physique, tels que l'insuffisance rénale chronique, les maladies pulmonaires obstructives chroniques,

⁶ Les auteurs ont distingués les troubles de santé mentale suivant les classifications des assureurs : 1) sans trouble sévère et persistant et sans abus de substance, 2) un trouble de santé mentale sans être sérieux et persistant, 3) un trouble de santé mentale sérieux et persistant, 4) abus de substance, 5) un trouble de santé mentale ou d'abus de substance.

⁷ American Medical Association: Physician Characteristics and Distribution in the U.S. Chicago: AMA, 2012.

⁸ Occupational Employment and Wages, May 2011, 29-1066 Psychiatrists (March 27, 2012).. In Bureau of Labor Statistics. Retrieved January 10, 2013, from <http://www.bls.gov/oes/current/oes291066.htm#ind> Consulté le 9 juillet 2015.

l'hypertension et les troubles de circulation sanguine ont un plus grand potentiel d'économies sur une base par patient, tandis que les maladies à forte incidence, telles que l'arthrite et l'asthme ont le plus grand potentiel d'économies pour l'ensemble de la population. En ce qui concerne les troubles de santé mentale, ceux qui vivent avec des troubles sévères et persistants ont le plus grand potentiel d'économies sur une base individuelle, tandis que ceux qui ont des troubles courants ou légers à modérés sont plus nombreux et représentent donc une plus grande partie des économies pour l'ensemble de la population.

4.10 Évaluation des besoins des usagers et détermination du niveau de services intégrés

La base théorique des services intégrés est le modèle biopsychosocial énoncé par Engel (18). Ce modèle propose que les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux jouent tous un rôle important dans notre façon d'agir dans un contexte de la maladie. Ce modèle est reconnu comme une pratique exemplaire et est approuvé par la plupart des professionnels de la santé et des services sociaux. Il tarde cependant à s'appliquer dans la pratique (3). Ainsi, l'évaluation des besoins en santé mentale ne peut se limiter à des considérations biologiques et pharmacologiques. Pour que les services intégrés répondent adéquatement aux besoins des usagers, une évaluation globale incluant les dimensions psychologiques et sociales doit être menée. Pour ce faire, certains instruments de mesures sont proposés.

Dans une revue systématique portant sur les instruments de mesures des niveaux de services requis en **urgence psychiatrique**, Nicholls et coll. (19)⁹ en ont relevé huit soit : 1) le *Level of Care Utilization System (LOCUS)*, 2) le *Colorado Client Assessment Record*, 3) le *Adult Needs and Strengths Assessment*, 4) le *Texas Recommended Assessment Guidelines*, 5) le *Resident Assessment Instrument- Mental Health (RAI-MH)*, 6) le *Inter-RAI Emergency Screener for Psychiatry*, (interRAI ESP), 7) le *Crisis Triage Rating Scale (CTRS)* et 8) le *Mental Health Triage Scale (MHTS)*. Leurs objectifs étaient de trouver des instruments de mesure qui respectent les critères suivants :

- efficaces (suffisamment complets, brefs et à faible coût),
- facile d'utilisation et d'implantation dans la pratique (requière peu de formation avec une fiabilité inter juges robuste),
- fondés sur des données probantes (sur des bases théoriques solides, sur des données scientifiques et l'expérience clinique)
- qui supporte une prise de décision valide et fiable quant aux risques (pour soi et pour autrui)
- qui informe sur les niveaux d'utilisation des lits et les besoins des usagers dans les services d'urgence.

D'emblée, le RAI-MH a été exclu puisque trop exhaustif et qu'il ne fournit pas d'information sur l'utilisation des lits fondé sur des données probantes. Les interRAI ESP et CTRS ont aussi été exclus car peu d'informations étaient disponibles sur ces instruments. Le MHTR s'est avéré un guide de pratique plutôt qu'un outil d'aide à la décision. Ainsi, quatre instruments de mesures ont fait l'objet d'une

⁹ La revue systématique nous a été généreusement offerte par Dr Tonia L. Nicholls avant publication. L'ensemble de la démarche a été présentée au *BC Quality Forum* 2015.

évaluation approfondie suivant les objectifs préétablis. Au terme de leur analyse, les auteurs concluent que le LOCUS est l'instrument le plus approprié selon les critères préétablis.

Le *LOCUS-Level of care utilisation system for psychiatric and addiction services* (5-7) est largement utilisé par divers gouvernements. Le LOCUS peut être utilisé dans différents milieux d'intervention. L'instrument validé a été élaboré par l'*American Association of Community Psychiatrists*. Il vise trois objectifs, à savoir : 1) fournir un système d'évaluation des besoins de services en santé mentale et en dépendance; 2) décrire un continuum de services selon la quantité et la spécificité des services disponibles pour chaque niveau de services et 3) créer une méthodologie d'évaluation quantitative des besoins en matière de services qui permet de déterminer le niveau de service requis dans un continuum de possibilités. LOCUS est centré sur l'utilisateur et implique sa collaboration en cours d'évaluation. Il se veut dynamique, car les scores pour un même usager devraient, en principe, changer avec le temps. LOCUS a été élaboré spécifiquement pour les usagers adultes. Une version pour enfants et adolescents (CALOCUS) est aussi disponible. Similaire au LOCUS, le CALOCUS est un instrument d'évaluation quantitative des besoins en matière de services. Il vise l'évaluation des besoins d'enfants et d'adolescents vivant avec un trouble psychiatrique, lié aux substances ou développemental, tout en permettant de considérer les chevauchements cliniques. LOCUS se distingue du CALOCUS du fait que les troubles développementaux n'y sont pas considérés. LOCUS et CALOCUS ne permettent pas de déterminer les composantes d'un programme pouvant répondre aux besoins des usagers, ce qui relève du rôle du praticien. Ces instruments ne peuvent substituer le jugement professionnel. Ils permettent néanmoins d'évaluer le niveau d'intensité des services nécessaires (ex. prévention, situation de crise). C'est à partir de l'évaluation des besoins et des ressources disponibles que le praticien pourra référer aux services les plus appropriés (ex. unité de soins psychiatriques, ressource résidentielle, équipe d'intervention communautaire intensive ou de gestion de cas, clinique externe). Des versions électroniques permettant de quantifier l'évaluation sont disponibles¹⁰. Le temps de passation est de sept à 10 minutes.

LOCUS et CALOCUS sont utilisés pour évaluer les usagers sur six dimensions, soit: 1) les risques de préjudice pour soi et pour autrui, 2) l'état fonctionnel, 3) les problèmes concomitants médicaux, psychiatriques et de dépendance, 4) l'environnement du rétablissement, 5) l'historique des traitements et 6) le rétablissement et l'engagement. Cinq des dimensions sont notées sur une échelle en cinq points avec une gradation d'un risque minimal (faible besoin de services et plus petit score) à un risque maximal (plus de risque de dépréciation et plus haut score). La dimension portant sur l'environnement du rétablissement est divisée en deux sous-échelles : le niveau de stress et le niveau de soutien. Comme avec les autres dimensions, des scores plus faibles indiquent un environnement de faible contrainte ou un environnement très favorable et des scores plus élevés représentent les extrémités négatives du continuum (20).

¹⁰ Les instruments LOCUS et CALOCUS et leur version électronique sont accessibles sur le site Web de l'*American Association of Community Psychiatrists* à l'adresse suivante : http://www.communitypsychiatry.org/pages.aspx?PageName=CALOCUS_Child_and_Adolescent_Level_of_Care_Utilization_System Consulté le 9 juillet 2015.

4.10.1 Niveaux de services

Les niveaux de services sont déterminés par l'intensité des besoins. Six niveaux de services sont proposés, soit : 1) la maintenance du rétablissement et la gestion de la santé mentale; 2) les services communautaires de faible intensité; 3) les services communautaires de haute intensité; 4) les services non résidentiels avec surveillance médicale; 5) les services résidentiels avec surveillance médicale et 6) les services résidentiels sous gestion médicale. CALOCUS et LOCUS ajoutent aussi un niveau zéro ou de base qui décrivent des services de prévention et de suivi. Les scores au niveau zéro ou de base ne sont pas comptabilisés dans les instruments. Le tableau 3 décrit ces niveaux de services en santé mentale tels que proposés par les instruments LOCUS et CALOCUS.

4.10.2 Exemples d'application du LOCUS / CALOCUS

En Ontario, certains hôpitaux psychiatriques ont entrepris d'implanter le LOCUS. Par exemple, dans un de ses rapports trimestriels de performance le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH)¹¹ mentionne piloter un projet d'implantation du LOCUS. Son objectif est de réduire les longueurs de séjours et d'assurer que les hospitalisations soient adaptées aux besoins des usagers. Au troisième trimestre de l'année fiscale 2012-13, le nombre de séjours hospitaliers d'une durée d'un an et plus – excluant les usagers dans les programmes justice et santé mentale – est passé de 52 à 43. Parmi ces 43 usagers, 29 étaient évalués comme nécessitant un autre niveau de soins (21)¹², puisqu'en attente d'une ressource d'hébergement adaptée à leurs besoins. Dans son plan d'amélioration de la qualité (2014-15)¹³, le Royal - Santé Mentale, Soins et Recherche vise aussi à réduire le temps superflu passé en unité d'hospitalisation en évaluant les besoins des usagers au moyen du LOCUS. Le *Ontario Shores Center for Mental Health* vise le même objectif par l'utilisation du LOCUS dans son plan d'amélioration de la qualité 2015/ 16¹⁴.

¹¹ Document accessible à l'adresse Internet suivante :

http://www.camh.ca/en/hospital/Documents/Information_Privacy_Proactive_Disclosure/Balanced_scorecard_dashboard.pdf
Consulté le 9 juillet 2015.

¹² La désignation « autre niveau de soins » s'applique à des personnes qui sont contraintes d'occuper un lit de soins de courte durée pour une raison quelconque (ex. défaut de ressources d'hébergement) et qui pourraient être soignées ailleurs qu'à l'hôpital (McCloskey et al. 2014, p. 88).

¹³ Document accessible à l'adresse Internet suivante : <http://www.theroyal.ca/wp-content/uploads/2014/04/LTC-Narrative-201415.pdf> Consulté le 9 juillet 2015.

¹⁴ Document disponible à l'adresse Internet suivante :

http://www.ontarioshores.ca/about_us/our_performance/public_reporting/quality_improvement_plan/ Consulté le 9 juillet 2015.

Tableau 3 : Niveaux de services suivant LOCUS et CALOCUS

Niveau	LOCUS (adultes)	CALOCUS (enfants et adolescents)
Zéro ou de base	Services de base destinés à prévenir l'apparition d'un trouble ou de limiter la gravité des morbidités associées au processus de développement d'un trouble établi. Ces services sont généralement offerts en milieu communautaire.	Services de base destinés à prévenir l'apparition d'un trouble ou d'en limiter la gravité des morbidités associées à la famille, aux facteurs de risques sociaux, au retard du développement et à des désordres émotionnels à différents stades d'amélioration ou de rémission. Les services sont généralement offerts dans divers milieux communautaires.
1	Service à des usagers qui vivent de façon autonome ou avec un soutien minimal dans la communauté ou qui ont atteint un rétablissement significatif des derniers épisodes de la maladie. Les services ne nécessitent pas de surveillance ou des contacts fréquents.	Services de suivi pour mobiliser les forces de la famille et renforcer les liens avec les soutiens naturels. Les jeunes sont généralement soit sensiblement rétablis d'un trouble émotionnel ou d'un autre problème ou leurs problèmes sont suffisamment gérables au sein de leur famille, de façon à ce que les problèmes ne menacent pas la croissance attendue et développement.
2	Services continus à des usagers qui vivent de façon autonome ou avec un soutien minimal dans la communauté. Les besoins de services ne nécessitent pas une surveillance intense ou de contact très fréquent.	Services de santé mentale pour les mineurs et leurs familles vivant dans la communauté. Les services sont généralement fournis dans les cliniques de santé mentale ou les cabinets de médecins. Ils peuvent également être fournis dans un centre de justice pour mineurs, une école, des organismes de services sociaux ou d'autres milieux communautaires. Les usagers ne nécessitent généralement pas un système étendu de coordination et de gestion de cas, car leurs familles sont généralement en mesure d'utiliser le soutien communautaire avec une assistance minimale. Une relation thérapeutique est essentielle afin de maintenir un niveau optimal de fonctionnement. Ces services nécessitent une évaluation individuelle et familiale continue avec la possibilité d'ajouter des services nécessaires au besoin.
3	Services pour les usagers qui ont besoin d'un soutien intensif, mais qui vivent de façon autonome ou avec un soutien minimal dans la communauté. Les besoins de service ne nécessitent pas une surveillance quotidienne, mais un contact plusieurs fois par semaine est nécessaire.	Services ambulatoire et intensif pour les usagers qui ont besoin qui vivent avec leurs familles avec le soutien ou dans des familles d'accueil ou des foyers de groupe. Les forces de la famille permettent de combler beaucoup (mais pas tous) des besoins du jeune par le soutien naturel. Les services peuvent être nécessaires plusieurs fois par semaine, avec une supervision quotidienne par la famille ou le personnel. Une relation thérapeutique solide est essentielle afin de maintenir un niveau optimal de fonctionnement. Les services nécessitent l'évaluation continue du

Niveau	LOCUS (adultes)	CALOCUS (enfants et adolescents)
4	Services pour les usagers qui sont capables de vivre dans la communauté soit indépendamment ou en milieu de soutien, mais dont les besoins de services nécessitent une gestion intensive par une équipe multidisciplinaire. Les services sont décrits comme des programmes hospitaliers partiels et des services communautaires intensifs.	jeune et de sa familiale avec la possibilité d'ajouter des services nécessaires au besoin. La coordination des services est essentielle pour maintenir le jeune dans la communauté. Services fournis aux jeunes capables de vivre dans la communauté avec le soutien, de leur famille ou d'un placement. Les besoins de services exigent la participation de plusieurs composantes dans le système de soins (ex. agent de probation, un travailleur social, un psychiatre, et un professeur d'éducation spécialisée) pour le maintien dans la communauté. Ces ont besoin d'une gestion de cas intensive pour coordonner le multisystème et les interventions multidisciplinaires. Idéalement, un plan de services individualisé est développé par une équipe "enfant et famille". Les services sont fréquents, dispensés sur une longue période et comprennent une hospitalisation partielle, un service intensif de jour et des services de soutien à domicile. Les services peuvent également être fournis ailleurs comme dans les écoles et les centres jeunesse.
5	Services résidentiels dispensés en milieu communautaire. Ces services sont généralement gratuits et donnés en dehors de l'hôpital. Parfois, des services à long terme sont donnés à des usagers ayant une maladie chronique ou un handicap sans possibilité de rétablissement, généralement fournis pas des infirmeries ou autres aménagements y sont inclus. Les services incluent un environnement sécuritaire, une capacité clinique (24 heures par jour sur place ou pas communication), des services de soutien, de prévention et de résolution de crise.	Services dont l'élément essentiel est le maintien dans un milieu dans lequel les besoins de services du jeune et de sa famille peuvent être donnés de façon intensive. Ces services sont généralement offerts en milieu non hospitalier comme en aménagement résidentiel ou en maison d'accueil thérapeutique, en centre jeunesse ou dans des écoles résidentielles spécialisées.
6	Services généralement dispensés en milieu hospitalier fermé avec possibilité de réclusion et de contention si nécessaire. Les services doivent être donnés 24 heures par jour; sept jours semaines avec le personnel (psychiatre, infirmière et services médicaux) sur place ou suffisamment à proximité pour donner une réponse rapide. .	Services restrictifs sans être pour autant être les plus intensifs dans le niveau du continuum de services. Services offerts en milieu sécuritaire tels que l'hôpital ou une résidence fermée. Ils peuvent être aussi donnés en centre jeunesse ou dans des écoles à la condition que les normes de pratique en psychiatrie et en médecine soient respectées.

En Colombie Britannique, le *Provincial Health Services Authority* a reçu comme mandat d'élaborer un modèle provincial de continuité de services en santé mentale, dans lequel le LOCUS est utilisé pour traduire les niveaux de besoins des usagers en niveaux de services¹⁵. Le projet a débuté en septembre 2014 par une formation à la passation de l'instrument de mesure. Ensuite, le *British Columbia Mental Health and Substance Use Services* ont mis en ligne à l'hiver 2014 une formation sur l'utilisation du LOCUS pour assurer le maintien des connaissances. En janvier 2015, des études de cas ont été menées pour déterminer la pertinence du LOCUS pour la province et sa population. Le processus d'implantation du LOCUS sera évalué sur 24 mois, avec des temps de mesures aux six mois. Les retombées évaluées portent sur des domaines comme les caractéristiques de la population, son histoire et sa trajectoire des services, les risques pour soi et pour autrui, la santé mentale et le bien-être psychosocial ainsi que la réintégration communautaire.

Aux États-Unis, le *Public Health and Social Services* du comté de Thurston, Washington utilise le LOCUS et le CALOCUS pour déterminer le niveau de services nécessaire pour sa clientèle des services en santé mentale. Un guide de pratique destiné aux professionnels susceptibles d'utiliser ces instruments a été élaboré. La dernière révision date de janvier 2014, date à laquelle l'évaluation du niveau de service par LOCUS ou CALOCUS est devenue obligatoire. Seuls les professionnels de la santé dûment formés sont autorisés à administrer les instruments¹⁶. Le *Substance Abuse and Mental Health Services (Maine)*¹⁷, le *Illinois Department of Human Services (Illinois)*¹⁸, le *CenterPoint Human Services*¹⁹ (Caroline du Nord), le *Department of Behavioral Health*²⁰ (Washington, DC) ont également établi des politiques d'utilisation du LOCUS ou du CALOCUS pour l'évaluation des besoins de leur clientèle et la détermination du niveau de services requis.

Dans l'État du Queensland (Australie), les services intégrés en santé mentale couvrent les besoins globaux des personnes de tous les groupes d'âge. Les services peuvent être donnés à court, moyen et long termes ou de façon intermittente, et ce, dans différents milieux d'intervention comme le domicile et l'hôpital. Ils nécessitent tant la participation du secteur de la santé (ex. médecins, services ambulatoires, santé publique) que d'autres secteurs comme l'habitation, l'éducation et les services de police. De plus, le Ministère de la Santé du Queensland a élaboré *The Clinical Services Capability Framework for Public and Licensed Private Health Facilities (CSCF)*, portant sur la capacité des services

¹⁵ Le projet est présenté à l'adresse Internet suivante : <https://qualityforum.ca/qf2015/wp-content/uploads/2015/02/Grouse.-B6.-Level-of-Care-Assessments-A-Systematic-Review-of-Measures-Appropriate-for-Emergency-Departments.-Tonia-Nicholls-et-al..pdf>

¹⁶ Les instruments, les guides de pratique, les critères d'autorisation, ainsi que les formulaires de collecte des données sont accessibles sur le site Web du *Public Health and social services* du comté de Thurston, Washington à l'adresse suivante : <http://www.co.thurston.wa.us/health/ssrsn/Locus.html>

¹⁷ Informations disponibles sur le site Web du Substance Abuse and Mental Health Services à l'adresse Internet suivante: <http://www.maine.gov/dhhs/samhs/mentalhealth/mh-system/pasrr/locus/>

¹⁸ Informations disponibles sur le site Web du *Illinois Department of Human Services* à l'adresse Internet suivante: <http://www.dhs.state.il.us/page.aspx?item=32545>

¹⁹ Informations disponibles sur le site Web du *CenterPoint Human services* à l'adresse Internet suivante: Informations disponibles sur le site Web du *Department of Behavioral Health* à l'adresse Internet suivante: http://www.cphs.org/pdf/Provider_Trainings/LOCUSCALOCUSCourseandPaymentInformation.pdf

²⁰ http://dbh.dc.gov/sites/default/files/dc/sites/dmh/publication/attachments/300.1%20TL-268_0.PDF

cliniques en santé mentale²¹. Ce cadre structure l'intervention selon la gestion du risque, incluant les comportements à risque pour soi ou pour autrui, la violence, la négligence et la maltraitance. Le cadre se base sur les paramètres de niveau de risque et de complexité définis au LOCUS, selon lesquels plus la complexité ou le niveau du risque augmente, plus les capacités des services sont requises.

Par ailleurs, le Gouvernement du Queensland a publié en 2008 son plan d'action en santé mentale 2007-2017²². Une des priorités du plan d'action est de concevoir et de renforcer un continuum de services en santé mentale et physique pour les usagers, leur famille et les porteurs génétiques. La capacité de soutenir les personnes vivant avec un problème de santé mentale à intégrer pleinement la communauté et la coordination des différents services sont aussi parmi les priorités. L'accès aux logements et aux services non gouvernementaux sont préconisés.

5 CONCLUSION

Le présent document d'orientation ne prétend pas faire l'état de la question sur l'intégration des services en santé mentale et en santé physique. Néanmoins, l'abondance de la littérature a permis de concentrer l'analyse sur des études de synthèse, voire des revues systématiques de revues systématiques et certains constats peuvent être posés.

D'emblée, les modèles de services intégrés peuvent prendre diverses formes, appelant plus ou moins d'interactions entre les intervenants. Les niveaux d'intégration- de l'approche de colocation et de collaboration à celle d'équipe intégrée - sont déterminés suivant les besoins des usages. La sévérité des besoins peut être conceptualisée par un modèle à quatre quadrants, lequel juxtapose les risques pour la santé mentale et physique ainsi que la complexité des interventions, afin de déterminer le type d'intégration des services requis. De façon générale, les personnes vivant avec un trouble de santé mentale léger à modéré nécessitent une intensité d'intégration moindre que celles avec un trouble sévère, persistant ou complexe, mais leurs besoins en santé physique peuvent être élevés.

Sur le plan de l'efficacité des modèles sur la santé mentale des usagers, la force des données scientifiques montre que les modèles communautaires d'intégration des services ont une efficacité établie pour les troubles dépressifs et pour les troubles sévères, persistants et complexes et en voie de l'être pour les troubles anxieux. Le seul modèle dont l'efficacité est non établie est celui de la colocation, ce qui n'est pas étonnant car il vise surtout des personnes avec un trouble léger ou sporadique. L'évaluation des effets de ce modèle, de par la nature du problème des sujets recrutés est donc au plan méthodologique difficile à réaliser. Néanmoins, comme le précise Flexhaug et coll. (2012), le manque de donnée ne peut indiquer que ce modèle soit inefficace.

Le rationnel d'intégrer des services de santé physique aux services de santé mentale, ou vice-versa, est bien documenté. Divers troubles de santé physiques concomitants à la santé mentale sont

²¹ Ce cadre et plusieurs autres sont disponibles à l'adresse Internet suivante : <http://www.health.qld.gov.au/publications/clinical-practice/guidelines-procedures/service-delivery/cscf/cscf-mental-health.pdf>

²² Le plan d'action est disponible à l'adresse Internet suivante : http://www.health.qld.gov.au/mentalhealth/abt_us/qpfmh/default.asp

connus comme les syndromes métaboliques qui amplifient les risques de maladies cardiovasculaires et du diabète; un trouble exacerbant l'autre. Par ailleurs, l'intégration des services en santé physique et ceux en santé mentale devient une question d'éthique, car elle permet l'accès à des programmes adaptés aux besoins des usagers et réduit ainsi les obstacles à la disponibilité. Les usagers risquent alors moins de frapper à la mauvaise porte ou d'être pris dans un mouvement de porte-tournante. Pour les personnes avec un trouble sévère de santé mentale ces services intégrés facilitent aussi l'accès au logement et à l'emploi ainsi que leur rétention.

Malgré les limites de cette évaluation, la littérature scientifique semble parcellaire quant aux effets des services intégrés pour des sous-populations spécifiques comme les femmes, les jeunes et les aînés. Par ailleurs, l'hétérogénéité des modèles et les différents troubles en santé mentale évalués limitent la généralisation des résultats. De plus, l'implantation d'un modèle établi comme efficace et de ses composantes théoriques pose un grand défi en termes de fidélité des interventions (1).

Parmi les instruments de mesure des niveaux de services, le LOCUS semble le plus approprié, du moins en milieu d'urgence psychiatrique (19). La recherche de la littérature grise a permis de constater cet instrument est en voie d'implantation en Ontario et en Colombie-Britannique. Largement utilisé aux États-Unis, le LOCUS a aussi servi à l'opérationnalisation de la réforme du système de santé et de santé mentale au Queensland.

Cependant, le présent document se limite à une analyse des études de synthèse portant sur les services intégrés ainsi que sur une exploration de la littérature grise. Une analyse contextuelle et une consultation d'experts tant sur l'implantation des services intégrés en santé mentale et en santé physique que sur l'utilisation du LOCUS/CALOCUS permettraient d'arrimer les résultats au contexte de notre système de santé et de services sociaux. La littérature scientifique approuve le sens commun qu'un service à multifacette est davantage adéquat pour les personnes avec de problèmes multiples, mais elle n'informe pas sur **comment** ces services doivent être mis en œuvre dans le contexte québécois. Néanmoins, la convergence des résultats vers une efficacité établie ou en voie de l'être des systèmes intégrés pourrait servir de base à l'élaboration d'un guide de pratique, et ce, non seulement pour le CIUSSS ODIM, mais aussi pour l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux.

RÉFÉRENCES

1. Butler M, Kane RL, McAlpine D, Kathol RG, Fu SS, Hagedorn H, et al. Integration of Mental Health/Substance Abuse and Primary Care No. 173 (Préparé par le Minnesota Evidence-based Practice Center). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Octobre 2008. Numéro de rapport: AHRQ Publication No. 09-E003. Repéré à <https://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/mhsapc/mhsapc.pdf>
2. Butler M, Kane RL, McAlpine D, Kathol R, Fu SS, Hagedorn H, et al. Does integrated care improve treatment for depression? A systematic review. *Journal of Ambulatory Care Management*. 2011;34(2):113-25. doi: 10.1097/JAC.0b013e31820ef605.
3. Chris Collins DLH, Richard Munger, and Torlen Wade. *Evolving Models of Behavioral Health Integration in Primary Care*. New York, NY: Milbank Memorial Fund. 2010. Repéré à <https://www.milbank.org/publications/evolving-models-of-behavioral-health-integration-in-primary-care/>
4. Flexhaug M, Noyes S, Phillips R. *Integrated models of primary care and mental health & substance use care in the community: Literature review and guiding document*. BC, Canada: Ministry of Health of British Columbia. 2012. Repéré à <http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2012/integrated-models-lit-review.pdf>
5. Sowers W, George C, Thompson K. Level of care utilization system for psychiatric and addiction services (LOCUS): a preliminary assessment of reliability and validity. *Community Ment Health J*. 1999;35(6):545-63.
6. Sowers WE. Service and Resource Management. Dans: McQuiston HL, Sowers WE, Ranz JM, Feldman JM, directeurs. *Handbook of Community Psychiatry*. New York, NY: Springer New York; 2012. p. 533-42.
7. Sowers W, Pumariega A, Huffine C, Fallon T. Level-of-care decision making in behavioral health services: the LOCUS and the CALOCUS. *Psychiatr Serv*. 2003;54(11):1461-3. doi: 10.1176/appi.ps.54.11.1461.
8. Bradford DW, Cunningham NT, Slubicki MN, McDuffie JR, Kilbourne AM, Nagi A, et al. An evidence synthesis of care models to improve general medical outcomes for individuals with serious mental illness: a systematic review. *J Clin Psychiatry*. 2013;74(8):e754-64. doi: 10.4088/JCP.12r07666.
9. Miller BF, Brown Levey SM, Payne-Murphy JC, Kwan BM. Outlining the scope of behavioral health practice in integrated primary care: dispelling the myth of the one-trick mental health pony. *Fam Syst Health*. 2014;32(3):338-43. doi: 10.1037/fsh0000070.
10. Vogel M, Malcore S, Illes R, Kirkpatrick H. *Integrated Primary Care: Why You Should Care and How to Get Started*. *Journal of Mental Health Counseling*. 2014;36(2):130-44. doi: 10.17744/mehc.36.2.5312041n10767k51.
11. Catania LS, Hetrick SE, Newman LK, Purcell R. Prevention and early intervention for mental health problems in 0–25 year olds: Are there evidence-based models of care? *Advances in Mental Health*. 2011;10(1):6-19. doi: 10.5172/jamh.2011.10.1.6.
12. Reilly S, Planner C, Gask L, Hann M, Knowles S, Druss B, et al. Collaborative care approaches for people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013(11):Cd009531. doi: 10.1002/14651858.CD009531.pub2.
13. Kelly BJ, Perkins DA, Fuller JD, Parker SM. Shared care in mental illness: A rapid review to inform implementation. *Int J Ment Health Syst*. 2011;5:31. doi: 10.1186/1752-4458-5-31.
14. Kelly EL, Fenwick KM, Barr N, Cohen H, Brekke JS. A systematic review of self-management health care models for individuals with serious mental illnesses. *Psychiatr Serv*. 2014;65(11):1300-10. doi: 10.1176/appi.ps.201300502.

15. Franx G, Kroon H, Grimshaw J, Drake R, Grol R, Wensing M. Organizational change to transfer knowledge and improve quality and outcomes of care for patients with severe mental illness: a systematic overview of reviews. *Can J Psychiatry*. 2008;53(5):294-305. doi: 10.1177/070674370805300503.
16. Myers KA, Schmied V, Johnson M, Cleary M. Collaboration and integrated services for perinatal mental health: an integrative review. *Child and Adolescent Mental Health*. 2013;18(1):1-10. doi: doi:10.1111/j.1475-3588.2011.00639.x.
17. Melek SP, Norris DT, Paulus J. Economic Impact of Integrated Medical-Behavioral Healthcare: Implications for Psychiatry. Milliman American Psychiatric Association Report. Avril 2014. Repéré à <https://www.integration.samhsa.gov/about-us/Milliman-Report-Economic-Impact-Integrated-Implications-Psychiatry.pdf>
18. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-36.
19. Nicholls TL, Brink J, Chu K, Pritchard M, Bradshaw D, Coniglio C. Level of Care Assessments: Systematic Review of Measures Appropriate for Emergency Departments. *Quality Forum: Creating Connections*; Vancouver, BC: BC Patient Safety & Quality Council; 2015. Repéré à <https://qualityforum.ca/qf2015/b6-rapid-fire-navigating-uncharted-waters/>
20. Fisher DG, Pilon D, Hershberger SL, Reynolds GL, LaMaster SC, Davis M. Psychometric properties of an assessment for mental health recovery programs. *Community Ment Health J*. 2009;45(4):246-50. doi: 10.1007/s10597-009-9213-8.
21. McCloskey R, Jarrett P, Stewart C, Nicholson P. Alternate level of care patients in hospitals: what does dementia have to do with this? *Can Geriatr J*. 2014;17(3):88-94. doi: 10.5770/cgj.17.106.

Annexe 1 : Citations exclues après lecture des articles et motifs d'exclusion

	Citations exclues	Motifs d'exclusion
1	Anonymous. (2004). The HIV/AIDS Treatment Adherence, Health Outcomes, and Cost Study: Conceptual foundations and overview. <i>AIDS Care</i> , 16, S6-S21.	Étude multi sites
2	Anonymous. (2008). Mental Health; Studies from University of California add new findings in the area of mental health. <i>Managed Care Weekly Digest</i> , 27.	Ne traite pas de services intégrés en santé mentale et physique
3	Bond, G. R., & Campbell, K. (2008). Evidence-Based Practices for Individuals with Severe Mental Illness. <i>Journal of Rehabilitation</i> , 74(2), 33-44.	Ne traite pas de services intégrés en santé mentale et physique
4	Brandt, R. (2009). Putting Mental Health on the Agenda for HIV+ Women: A Review of Evidence from Sub-Saharan Africa. <i>Women & Health</i> , 49(2/3), 215.	Ne traite pas de services intégrés en santé mentale et physique
5	Hine, C. E., Howell, H. B., & Yonkers, K. A. (2008). Integration of medical and psychological treatment within the primary health care setting. <i>Social Work in Health Care</i> , 47(2), 122-134. doi: http://dx.doi.org/10.1080/00981380801970244	Ne traite pas d'évaluation des services intégrés
6	Howarth, M., Holland, K., & Grant, M. J. (2006). Education needs for integrated care: a literature review. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 56(2), 144-156.	Ne traite pas de santé mentale
7	Johnson, M. H. M. A. M. P. H., George, P. P., Armstrong, M. I. P., Lyman, D. R. P., Dougherty, R. H. P., Daniels, A. S. E., . . . Delphin-Rittmon, M. E. P. (2014). Behavioral Management for Children and Adolescents: Assessing the Evidence. <i>Psychiatric Services</i> , 65(5), 1.	Ne traite pas de services intégrés en santé mentale et physique
8	Johnson, R. (2013). Pervasive interactions: a purposive best evidence review with methodological observations on the impact of housing circumstances and housing interventions on adult mental health and well-being. <i>Housing, Care and Support</i> , 16(1), 32-49. doi: http://dx.doi.org/10.1108/14608791311310546	Ne traite pas de services intégrés en santé mentale et physique
9	Niccols, A., Milligan, K., Sword, W., Thabane, L., Henderson, J., & Smith, A. (2012). Integrated programs for mothers with substance abuse issues: A systematic review of studies reporting on parenting outcomes. <i>Harm Reduction Journal</i> , 9, 14. doi: http://dx.doi.org/10.1186/1477-7517-9-14	Ne traite pas de santé physique
10	Thornicroft, G., & Tansella, M. (2013). The balanced care model for global mental health. <i>Psychological Medicine</i> , 43(4), 849-863. doi: http://dx.doi.org/10.1017/S2045796012000133 .AMBIGUOUS (81 citations) http://dx.doi.org/10.1017/S0033291712001420	Ne traite pas d'évaluation de services intégrés en santé mentale et physique (proposition d'un modèle théorique)

Annexe 2 : Études retenues pour analyse

1. Bradford DW, Cunningham NT, Slubicki MN, McDuffie JR, Kilbourne AM, Nagi A, et al. An evidence synthesis of care models to improve general medical outcomes for individuals with serious mental illness: a systematic review. *The Journal of clinical psychiatry*. 2013;74(8):e754-64. Epub 2013/09/12. doi: 10.4088/JCP.12r07666. PubMed PMID: 24021516.
2. Butler M, Kane RL, McAlpine D, Kathol R, Fu SS, Hagedorn H, et al. Does integrated care improve treatment for depression? A systematic review. *J Ambul Care Manage*. 2011;34(2):113-25. Epub 2011/03/19. doi: 10.1097/JAC.0b013e31820ef605. PubMed PMID: 21415610.
3. Butler M, Kane RL, McAlpine D, Kathol RG, Fu SS, Hagedorn H, et al. Integration of Mental Health/Substance Abuse and Primary Care No. 173 (Préparé par le Minnesota Evidence-based Practice Center). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2008 Octobre. Numéro de rapport.: AHRQ Publication No. 09-E003
4. Catania LS, Hetrick SE, Newman LK, Purcell R. Prevention and early intervention for mental health problems in 0–25 year olds: Are there evidence-based models of care? *Advances in Mental Health*. 2011;10(1):6-19. doi: 10.5172/jamh.2011.10.1.6.
5. Franx G, Kroon H, Grimshaw J, Drake R, Grol R, Wensing M. Organizational change to transfer knowledge and improve quality and outcomes of care for patients with severe mental illness: a systematic overview of reviews. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*.
6. Kelly BJ, Perkins DA, Fuller JD, Parker SM. Shared care in mental illness: A rapid review to inform implementation. *International journal of mental health systems*. 2011;5:31. Epub 2011/11/23. doi: 10.1186/1752-4458-5-31. PubMed PMID: 22104323; PubMed Central PMCID: PMC3235059.
7. Kelly EL, Fenwick KM, Barr N, Cohen H, Brekke JS. A systematic review of self-management health care models for individuals with serious mental illnesses. *Psychiatric services (Washington, DC)*. 2014;65(11):1300-10. Epub 2014/07/16. doi: 10.1176/appi.ps.201300502. PubMed PMID: 25023057; PubMed Central PMCID: PMC3443309.
8. Miller BF, Brown Levey SM, Payne-Murphy JC, Kwan BM. Outlining the scope of behavioral health practice in integrated primary care: dispelling the myth of the one-trick mental health pony. *Families, systems & health : the journal of collaborative family healthcare*. 2014;32(3):338-43. Epub 2014/07/16. doi: 10.1037/fsh000070. PubMed PMID: 25020071.
9. Myors KA, Schmied V, Johnson M, Cleary M. Collaboration and integrated services for perinatal mental health: an integrative review. *Child and Adolescent Mental Health*. 2013;18(1):1-10. doi: 10.1111/j.1475-3588.2011.00639.x.
10. Reilly S, Planner C, Gask L, Hann M, Knowles S, Druss B, et al. Collaborative care approaches for people with severe mental illness. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2013(11):Cd009531. Epub 2013/11/06. doi: 10.1002/14651858.CD009531.pub2. PubMed PMID: 24190251.

11. Vogel M, Malcore S, Illes R, Kirkpatrick H. Integrated Primary Care: Why You Should Care and How to Get Started. *Journal of Mental Health Counseling*. 2014;36(2):130-44. doi: 10.17744/mehc.36.2.5312041n10767k51.