

Université de Montréal

La santé mentale des adolescents québécois :
Quel rôle pour les omnipraticiens?

par
Andrée Gilbert

Département de médecine sociale et préventive
Faculté de médecine

11595296

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de maîtrise
en santé communautaire

Décembre 2003

©Andrée Gilbert, 2003



WA

5

U58

2004

V.020

Direction des bibliothèques

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

La santé mentale des adolescents québécois :
Quel rôle pour les omnipraticiens?

présenté par

Andrée Gilbert

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Michèle Rivard
Président-rapporteur

Brigitte Maheux
Directrice de recherche

Louise Fournier
Membre du jury

RÉSUMÉ

La question du suicide chez les adolescents est particulièrement alarmante au Québec. Cependant le suicide n'est qu'un indice de la détresse que vivent les adolescents. On estime, en effet, qu'entre 10% et 25% des jeunes vont présenter un problème de santé mentale durant l'adolescence. Constatant la difficulté de dépister ces problèmes avant détérioration, le Collège des médecins du Québec publiait en 1999 un énoncé de position où il soulignait l'importance de l'engagement des médecins de famille dans le domaine de la santé mentale à l'adolescence.

L'objectif général de cette recherche était d'évaluer dans quelle mesure les omnipraticiens québécois jouent un rôle dans le domaine de la santé mentale à l'adolescence. Pour ce faire, une enquête a été menée en 2000-01 auprès des omnipraticiens francophones, en pratique active au Québec, à l'aide d'un questionnaire postal anonyme. Deux échantillons ont été obtenus : le premier est composé de 749 médecins choisis aléatoirement parmi 5682 médecins en pratique privée et le second de tous les médecins (358) dont leur pratique est majoritairement en CLSC, incluant ceux qui travaillent en clinique jeunesse. Le taux de réponse a été de 70%, l'échantillon final comprenant 707 médecins.

Nos résultats montrent qu'effectivement les omnipraticiens jouent un rôle auprès des adolescents aux prises avec un problème de santé mentale. Cependant l'implication dans ce domaine varie substantiellement selon le type de pratique, les médecins en clinique jeunesse se distinguant à plusieurs égards de leurs collègues en pratique privée et en CLSC. Par ailleurs, notre recherche a mis en évidence qu'il y a probablement une sous-détection des problèmes de santé mentale et une faible utilisation des ressources psychosociales par les omnipraticiens. Ces éléments appuient les recommandations émises par le Collège concernant l'importance de sensibiliser l'ensemble des omnipraticiens à l'ampleur des problèmes de santé mentale chez les adolescents, au rôle essentiel qu'ils peuvent jouer en la matière et à la nécessité d'une collaboration étroite entre les divers intervenants du réseau.

Mots-clé: Santé mentale, troubles psychiatriques, adolescents, soins primaires, médecins généralistes, dépistage, références, travail en réseau.

SUMMARY

Youth suicide is particularly alarming in Quebec. And suicide is only one of the many ways that youth express their distress. Indeed, we estimated that between 10 and 25% of adolescents will suffer from a mental health problem during their adolescence. Noting that most of adolescent mental health problems are under-detected and under-treated, the Collège des médecins du Québec released a position paper which emphasised the responsibility of family physicians regarding this matter and their accountability for continuity of care.

The goal of this study was to document if general practitioners of Quebec can play a role in adolescent mental health. Data was collected through an anonymous mail survey conducted in 2000-2001 among two samples of general practitioners in active practice in Quebec. The first group was composed of 749 general practitioners randomly selected among physicians in private clinics; the second consisted of all 358 general practitioners who practice primarily in CLSCs, including physicians working in CLSC youth clinics. The response rate was 70%, with altogether 707 respondents.

Our results show that, effectively, general practitioners play an active role in providing mental health care for adolescents. However, the role that they play in this domain varies greatly according to physicians' type of practice, those working in youth clinic being more involved than their colleagues in CLSC or private practice. Also, our research demonstrates that there is probably under-detection of mental health problems among youth and under-utilization of mental health resources by general practitioners. These conclusions support recommendations published by the Collège des médecins du Québec, who stated the importance to increase all family physicians' awareness of extent of adolescent mental health problems, the essential role that they can play by detecting early adolescents with these problems and the necessity that people who take care of adolescents work together.

Key words: mental health, psychiatric diseases, adolescent, primary health care, general practitioners, screening, referrals practice.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	iii
SUMMARY.....	v
TABLE DES MATIÈRES.....	vi
LISTE DES TABLEAUX.....	ix
LISTE DES FIGURES.....	xi
AVANT-PROPOS.....	xii
PROBLÉMATIQUE.....	1
REVUE DES ÉCRITS.....	3
Portrait de la santé mentale des adolescents.....	3
PRÉVALENCE DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE.....	3
<i>Détresse psychologique.....</i>	<i>3</i>
<i>Troubles psychiatriques.....</i>	<i>3</i>
<i>Consommation abusive de substances.....</i>	<i>6</i>
<i>Comorbidité.....</i>	<i>7</i>
ÉVOLUTION DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE CHEZ LES ADOLESCENTS.....	8
PROBLÈMES ASSOCIÉS AUX TROUBLES DE SANTÉ MENTALE.....	9
<i>Suicides et tentatives de suicide.....</i>	<i>9</i>
<i>Autres problèmes associés.....</i>	<i>13</i>
Problèmes de santé mentale chez les adolescents et les services de santé de première ligne.....	14
CONSULTATION MÉDICALE PAR LES ADOLESCENTS.....	16
DÉTECTION DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE CHEZ LES ADOLESCENTS.....	18

<i>Motifs de consultation des adolescents ayant un problème de santé mentale</i>	19
<i>Évaluation du domaine psychosocial par les médecins</i>	20
<i>Aisance et besoins de formation des médecins en santé mentale adolescente</i>	21
TRAITEMENT DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE.....	22
ÉNONCÉ DE POSITION DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC.....	24
OBJECTIFS DE LA RECHERCHE.....	26
MÉTHODOLOGIE.....	27
Sélection de l'échantillon	27
Collecte des données et instrument de mesure	29
LES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES ET PROFESSIONNELLES.....	30
LA CLIENTÈLE ADOLESCENTE DES OMNIPRATICIENS.....	31
LA COLLABORATION ENTRE LES OMNIPRATICIENS ET LES INTERVENANTS IMPLIQUÉS EN SANTÉ MENTALE AINSI QUE LES PARENTS.....	32
Analyses des données	33
ARTICLE 1: ARE GENERAL PRACTITIONERS RECOGNIZING MENTAL HEALTH NEEDS DO ADOLESCENTS?	
Abstract	37
Introduction	38
Methods	40
Results	41
CHARACTERISTICS OF RESPONDENTS.....	41
ADOLESCENT MEDICAL CONSULTATIONS.....	41
ADOLESCENT MEDICAL CONSULTATIONS FOR MENTAL HEALTH PROBLEMS.....	42

Discussion	44
References	48

ARTICLE 2: CARING FOR YOUTH WITH MENTAL HEALTH PROBLEMS:
COMMUNICATION AND REFERRAL PRACTICES OF GENERAL
PRACTITIONERS.

Abstract	58
Introduction	60
Methods	61
Results	62
COMMUNICATION WITH PARENTS, SCHOOL, AND MENTAL HEALTH PROFESSIONALS.....	62
REFERRALS TO MENTAL HEALTH SERVICES.....	63
KNOWLEDGE OF MENTAL HEALTH SERVICES.....	64
PERCEIVED ACCESSIBILITY OF MENTAL HEALTH SERVICES.....	64
Discussion	64
Conclusion	68
References	70
DISCUSSION.....	81
RÉFÉRENCES.....	88
ANNEXE 1.....	xii
ANNEXE 2.....	xiv
ANNEXE 3.....	xv
ANNEXE 4.....	xx

LISTE DES TABLEAUX

Revue des écrits

TABLEAU I:	Prévalence sur une période de six mois des problèmes psychiatriques, ayant occasionné une incapacité, chez les jeunes québécois âgés de 14 à 17 ans, selon le sexe, 1995-1997.....	5
TABLEAU II:	Taux de suicide (par 100,000) chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans, selon le sexe et le lieu de résidence (année 1999).....	9
TABLEAU III:	Prévalence sur une période de 12 mois des idées et tentatives suicidaires chez les jeunes âgés de 13 et 16 ans, selon le sexe, Québec.....	13
TABLEAU IV:	Proportion des jeunes de moins de 35 ans ayant complété un suicide et qui ont consulté un professionnel dans le mois ou l'année précédant le suicide, selon le secteur de santé.....	17
TABLEAU V:	Résumé de la méthode d'obtention de l'effectif final.....	28

Article 1

TABLE 1:	Sociodemographic characteristics of respondents.....	52
TABLE 2:	Proportion of general practitioners according to number of adolescents seen per week during the last year and type of practice.....	53
TABLE 3:	Proportion of general practitioners who have seen adolescents in consultation for various health problems at least weekly during the last year, by type of practice.....	53
TABLE 4:	Proportion of general practitioners who have seen over the last year adolescents for mental health problems, by frequency of consultation and type of practice (practitioners who have seen two adolescents or more per week in the last year).....	54
TABLE 5:	Proportion of general practitioners who have seen over the last year adolescents for mental health problems, by frequency of consultation and type of practice (practitioners who have seen ten adolescents or more per week in the last year).....	55
TABLE 6:	Proportion of general practitioners who, since they started their practice, have seen adolescents with conditions associated with mental health problems, by type of practice.....	56

Article 2

TABLE 1: Sociodemographic characteristics of respondents, by type of practice.....	74
TABLE 2: Proportion of general practitioners who reported communicating with parents when evaluating an adolescent with a mental health problem, by type of practice.....	75
TABLE 3: Proportion of general practitioners who reported contacting school staff or mental health professionals at least once during the last year to complete the evaluation of an adolescent with a mental health problem, by type of practice	76
TABLE 4: Proportion of general practitioners who referred adolescents presenting mental health problems to mental health services during the last year, by type of practice.....	77
TABLE 5: Proportion of general practitioners who reported facilitating an appointment for an adolescent needing mental health services during the last year, by type of practice.....	78
TABLE 6: Proportion of general practitioners who reported being uninformed or poorly informed of mental health services in their region, by type of practice.....	79
TABLE 7: Proportion of general practitioners who perceived mental health services as being fairly or very accessible, by type of practice.....	80

Annexe 3

TABLERAU I: Résumé des principales variables mesurées.....	xvi
------------------------------------------------------------	-----

Annexe 4

TABLERAU I: Répartition des omnipraticiens selon le nombre d'adolescents ayant un problème de santé mentale, vus en consultation suite à une référence par un autre intervenant du réseau, dans les 12 derniers mois, selon le type de pratique.....	xxv
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

LISTE DES FIGURES

Revue des écrits

FIGURE 1: Évolution des taux de suicide chez les femmes âgées de 15 à 19 ans au Québec et au Canada, de 1960 à 1999.....	10
FIGURE 2: Évolution des taux de suicide chez les hommes âgés de 15 à 19 ans au Québec et au Canada, de 1960 à 1999.....	10
FIGURE 3: Taux de suicide (par 100,000) chez les femmes âgées de 15 à 24 ans pour les principaux pays industrialisés (année 1998).....	12
FIGURE 4: Taux de suicide (par 100,000) chez les hommes âgés de 15 à 24 ans pour les principaux pays industrialisés (année 1998).....	12

Annexe 4

FIGURE 1: Répartition des omnipraticiens selon le nombre d'adolescents vus par semaine dans les 12 derniers mois et selon le type de pratique.....	xxi
FIGURE 2: Proportion des omnipraticiens qui ont vu fréquemment des adolescents pour diverses conditions, dans les 12 derniers mois, selon le type de pratique.....	xxii
FIGURE 3: Proportion des omnipraticiens qui ont vu fréquemment des adolescents pour diverses conditions de santé mentale, dans les 12 derniers mois, selon le type de pratique.....	xxiii
FIGURE 4: Proportion des omnipraticiens qui ont vu régulièrement des adolescents pour diverses conditions de santé mentale depuis le début de leur pratique.....	xxiv

AVANT-PROPOS

how can you see into my eyes, like open doors
leading you down into my core
where I've become so numb
without a soul
my spirit sleeping somewhere cold
until you find it there and lead it back home

(wake me up) wake me up inside (i can't wake up) wake me up inside
(save me) call my name and save me from the dark
(wake me up) bid my blood to run (i can't wake up) before I come undone
(save me) save me from the nothing I've become

now that I know what I'm without, you can't just leave me
breathe into me and make me real
bring me to life

bring me to life
I've been living a lie
there's nothing inside
bring me to life

frozen inside without your touch, without your love, darling
only you are the life among the dead

all this time I can't believe I couldn't see
kept in the dark, but you were there in front of me
I've been sleeping a thousand years it seems
got to open my eyes to everything
without a thought, without a voice, without a soul
don't let me die here
there must be something more

bring me to life
I've been living a lie
there's nothing inside
bring me to life

Artist: EVANESCENCE
Album: Fallen

PROBLÉMATIQUE

L'adolescence est une phase dynamique du développement humain caractérisée par de nombreux changements, tant au plan biologique, psychologique que social. Cette période est particulièrement exigeante en terme d'adaptation. Si la majorité des adolescents traversent cette période avec succès, on estime qu'entre 10 et 25% d'entre eux¹⁻⁶ vont présenter un problème de santé mentale, lequel pourra avoir des conséquences tragiques.⁷⁻⁹ De plus, on évalue qu'entre 50 et 80% des jeunes aux prises avec de tels problèmes ne recevront aucun soin.^{5,6,10,11}

L'amélioration de la santé mentale des adolescents québécois n'est certes pas du seul ressort des professionnels de la santé en général et des médecins généralistes en particulier. Il est évident que cette question interpelle un ensemble d'acteurs de la société québécoise dans la mesure où le bien-être des jeunes renvoie à plusieurs dimensions qui débordent largement le cadre médical. Mais on reconnaît de plus en plus une responsabilité aux médecins généralistes en ce qui concerne la détection et l'identification des troubles de santé mentale de même que le traitement, la prise en charge ou la référence à des ressources complémentaires des adolescents aux prises avec de tels problèmes. Car les omnipraticiens ont des atouts qui leur permettraient d'être des acteurs de premier plan à ce niveau. D'une part, la position d'intervenants de première ligne facilite l'accès à leurs services. D'autre part, ils sont en mesure d'évaluer les plaintes de nature psychosomatique. Finalement la consultation d'un médecin généraliste pour une raison de santé mentale évite la stigmatisation liée à la consultation d'un professionnel spécialisé dans ce domaine.

Plusieurs études ont toutefois démontré que les médecins généralistes ont tendance à sous-diagnostiquer les personnes souffrant de psychopathologies.^{5,6,10-13} L'identification des problèmes de santé mentale chez les adolescents pose un défi supplémentaire du fait qu'ils sont souvent confondus avec les difficultés émotionnelles et comportementales, associées à la période de l'adolescence. En outre, leur traitement est souvent complexe dans la mesure où il doit tenir compte du niveau de développement qu'a atteint le jeune

au plan cognitif et psychologique, il nécessite généralement des interventions sur le plan individuel et familial et le consensus quant au traitement pharmacologique n'est pas toujours clairement établi.

C'est dans ce contexte que le Collège des médecins du Québec émettait, en 1999, des recommandations en regard de l'accessibilité aux soins médicaux et psychiatriques pour la clientèle des adolescents.¹⁴ L'ensemble des recommandations vise à développer un modèle de services médicaux qui repose sur l'engagement des médecins de famille et des pédiatres dans le domaine de la santé mentale chez les adolescents, une collaboration entre les médecins et les intervenants sociaux et une utilisation optimale de la compétence des pédopsychiatres. On espère ainsi, qu'avec ces moyens mis en place, on assiste à une diminution de la mortalité et la morbidité associées aux psychopathologies chez les jeunes.

Devant ce constat de la nécessité d'améliorer les services offerts en matière de santé mentale aux adolescents, le Collège des médecins du Québec, en collaboration avec diverses associations professionnelles, désirait connaître la situation dans le domaine et ce, afin de planifier et d'optimiser les interventions à mener auprès des médecins de première ligne. La présente recherche s'inscrit dans cette optique.

REVUE DES ÉCRITS

Portrait de la santé mentale des adolescents

Il y a plusieurs raisons pour lesquelles une attention particulière devrait être accordée aux problèmes de santé mentale chez les adolescents. Premièrement ils ont une prévalence élevée et seront, pour bon nombre de jeunes, la manifestation initiale de problèmes qui se poursuivront à l'âge adulte. De plus, les problèmes de santé mentale sont de plus en plus associés à des comportements à risque que l'on retrouve à l'adolescence. Finalement, le taux de suicide chez les jeunes de moins de 20 ans illustre bien les conséquences désastreuses qu'ils peuvent occasionner.

PRÉVALENCE DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE CHEZ LES ADOLESCENTS

Détresse psychologique

L'enquête sociale et de santé effectuée en 1998 auprès de la population québécoise nous apprend que le groupe des 15 à 24 ans compte la plus forte proportion des personnes ayant un indice élevé de détresse psychologique.¹⁵ Ainsi on note que 23% des jeunes hommes et 33% des jeunes femmes font partie de cette catégorie. Une autre enquête québécoise a révélé qu'une proportion appréciable d'adolescents plus jeunes ont un indice élevé de détresse psychologique. Ainsi, 16% des garçons de 13 ans et 27% des filles du même âge ont un tel niveau de détresse, les proportions étant semblables chez les jeunes âgés de 16 ans (respectivement 12 % et 27 %).¹⁶

Troubles psychiatriques

Diverses études ont estimé la prévalence des troubles psychiatriques chez les adolescents. L'outil diagnostique utilisé diffère d'une étude à l'autre mais, règle générale, les recherches récentes utilisent les critères de l'une ou l'autre version du *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM). L'âge des répondants, la source d'information (le jeune ou le parent), la manière de recueillir les renseignements, les troubles psychiatriques considérés, la période de référence, l'évaluation de l'incapacité occasionnée, sont autant de facteurs qui peuvent influencer les résultats. Ces

éléments expliquent que les prévalences obtenues peuvent varier considérablement d'une étude à l'autre.

Une révision des recherches effectuées depuis près de 40 ans dans de nombreux pays a démontré une prévalence moyenne des troubles psychiatriques parmi les adolescents de 16.5 %, l'écart allant de 6 % à 41 %.³ Une recension des recherches réalisées auprès de populations comparables aux enfants et adolescents canadiens a, quant à elle, montré des prévalences des troubles psychiatriques avec incapacité variant de 9.5 % à 20%.⁴ Au Québec, la principale recherche portant sur les troubles psychiatriques chez les adolescents âgés de 14 à 17 ans a évalué que leur prévalence, sur une période de 6 mois, variait de 10 à 33% selon l'informateur et le degré d'incapacité considérés.¹ Si l'on prend en compte les informations fournies par l'adolescent lui-même, on note une prévalence globale pour l'un ou l'autre trouble psychiatrique, ayant causé une perturbation des activités, soit à la maison, au travail, à l'école ou avec les amis, de 15.5% chez les filles et de 8.5% chez les garçons. Une autre étude québécoise menée chez des enfants et des adolescents âgés de 6 à 14 ans a obtenu des prévalences similaires.²

Les troubles psychiatriques chez l'enfant et l'adolescent sont généralement regroupés en deux catégories : les problèmes internalisés et externalisés. Les troubles internalisés renvoient aux problèmes dont l'élément central est la perturbation émotionnelle et comprennent les troubles anxieux et dépressifs. Les problèmes externalisés regroupent, quant à eux, les problèmes de comportement. Ils incluent principalement les problèmes du déficit de l'attention/hyperactivité, les troubles de l'opposition avec provocation et les troubles des conduites. Le tableau I résume la prévalence, sur une période de six mois, des principaux problèmes psychiatriques parmi la population adolescente québécoise.

Les troubles anxieux sont l'un des problèmes de santé mentale les plus fréquemment retrouvés chez les adolescents. Cependant il est particulièrement important pour ces problèmes de considérer l'incapacité produite. En effet, plusieurs troubles anxieux, par exemple les phobies spécifiques, sont fréquents mais ont peu d'impact sur les activités

habituelles des personnes affectées. L'étude de Romano et al¹ a mis en évidence une prévalence des troubles anxieux avec incapacité, rapportés par les adolescents, de 9% (sans incapacité : 22%). Ces chiffres se comparent aux résultats obtenus des études antérieures, les prévalences sur une période d'un an variant entre 10 % et 21 %.¹⁷

Tableau I : Prévalence sur une période de six mois des problèmes psychiatriques*, ayant occasionné une incapacité, chez les jeunes québécois âgés de 14 à 17 ans, selon le sexe, 1995-1997, (n =1201)

Problèmes psychiatriques	Femmes %	Hommes %
Prévalence globale	15.5	8.5
Troubles internalisés	13.6	2.6
Troubles anxieux	13.5	4.3
<i>Phobie sociale</i>	6.5	2.6
<i>Anxiété généralisée</i>	1.6	0.6
Troubles dépressifs	9.4	1.7
<i>Dépression majeure</i>	7.7	1.4
<i>Dysthymie</i>	4.5	0.7
Troubles externalisés	2.9	6.2
Trouble des conduites	2.6	5.5
Trouble d'opposition	0.5	0.6
Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité	0.2	1.1

*Selon des informations fournies par l'adolescent seulement
Résultats tirés de l'enquête de Romano, E. et al¹

La dépression majeure est le trouble de l'humeur le plus souvent rencontré chez les adolescents. La prévalence de la dépression majeure, sur une période de 6 mois, avec incapacité, selon les symptômes rapportés par les adolescents québécois a été estimée à 4.5% (7.7% des filles, 1.4% des garçons).¹ Une étude menée par Statistique Canada, en 1996, auprès d'adolescents canadiens un peu plus âgés (15 à 19 ans) a montré des prévalences, sur un an, plus élevées, soit 12.5% chez les filles et 6% chez les garçons.¹⁸ Fait à noter, selon les données d'une autre enquête effectuée par Statistique Canada, les jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans étaient les plus susceptibles parmi l'ensemble de la population canadienne d'avoir présenté des symptômes dépressifs dans l'année

précédente.¹⁹ Les résultats québécois sont comparables à ceux des études américaines récentes, la prévalence, sur une période d'un an, de la dépression à l'adolescence ayant été estimée entre 4 et 8 %.²⁰⁻²²

Les troubles des conduites font fréquemment l'objet d'une évaluation en psychiatrie chez les enfants et les adolescents. En effet, on estime qu'entre 30 et 50 % des références en pédopsychiatrie seraient en lien avec les troubles des conduites.²³ Dans la recherche de Romano et al, la prévalence des troubles des conduites, avec ou sans incapacité, était de 6.6% (9.3% chez les garçons et de 3.8% chez les filles) si l'on combine les informations données par le parent et l'adolescent.¹ Une étude ontarienne a montré des prévalences très similaires.²⁴ La revue des études des dix dernières années, a confirmé les prévalences plus élevées chez les garçons (5 à 16%) que chez les filles (1% à 9%).²⁵

Consommation abusive de substances

Chez les adolescents, la consommation d'alcool a tendance à être moins régulière que chez les adultes. Toutefois le boire excessif^a est un mode fréquent de consommation chez les adolescents et les jeunes adultes et est associé à une augmentation des risques de conséquences nuisibles (conduite avec les facultés affaiblies, violence, suicides, homicides, comportements sexuels à risque pour les infections transmissibles sexuellement ou les grossesses non désirées).^{26,27} Une vaste enquête, effectuée en 2000, auprès des étudiants québécois de niveau secondaire, a révélé que 90% des étudiants de la 5^e secondaire ont consommé, au moins à une reprise, de l'alcool dans l'année précédente et que parmi ces derniers, un peu plus du tiers ont bu de manière excessive, à cinq occasions ou plus, durant cette période.²⁷ Si la proportion de buveurs (70 %) est identique chez les garçons et les filles de niveau secondaire, la proportion de buveurs excessifs à répétition parmi les consommateurs d'alcool est plus importante chez les étudiants (26%) que chez les étudiantes (17%).

^a Le boire excessif se définit par le fait d'avoir bu 5 consommations ou plus d'alcool lors d'une même occasion

En ce qui concerne les drogues illicites, le cannabis est la substance la plus consommée. La proportion de consommateurs de cannabis chez les étudiants du secondaire augmente avec l'âge. Par exemple, 15 % des étudiants de la 2^e secondaire ont été des consommateurs réguliers^a de cannabis dans l'année précédente tandis que près du quart des étudiants de la 5^e secondaire ont eu la même fréquence de consommation.²⁷

Dans l'enquête citée précédemment, une grille de dépistage d'une consommation problématique (DEP-APO) a été élaborée à partir de critères qui prenaient en compte les substances consommées, l'âge du début de la consommation régulière, l'injection de substances et les méfaits reliés à la consommation. Cette grille a été utilisée pour classer les jeunes selon le niveau de comportement par rapport à la consommation, le risque appréhendé et le type d'intervention suggéré.²⁷ Selon cette grille, 7% des garçons et 5 % des filles avaient un comportement de consommation problématique pour lequel une intervention spécialisée en toxicomanie était souhaitable. Les jeunes appartenant à cette catégorie se démarquent par une plus forte proportion de consommateurs de drogues dures et par une polyconsommation de substances. Par ailleurs, on évalue que 13 % de l'ensemble des élèves du secondaire ont une consommation qui laisse entrevoir un problème en émergence pour laquelle ils pourraient bénéficier d'une intervention non spécialisée, cette proportion atteignant 21% pour les étudiants de la 5^e secondaire.²⁷

Comorbidité

La cooccurrence de divers problèmes de santé mentale est fréquente.²⁸⁻³² La comorbidité est un élément important à considérer dans la mesure où cela rend plus difficile le diagnostic ainsi que l'évaluation du traitement requis. De plus, la présence de plus d'un trouble psychiatrique constitue généralement un facteur de moins bon pronostic.^{29,33-35} Diverses études ont estimé qu'entre 20% et 60% des adolescents ayant un problème de santé mentale ont au moins un deuxième diagnostic associé.^{29,34,36-38} À noter que plusieurs adolescents aux prises avec un problème de consommation abusive de

^a On définit comme consommateur régulier, une personne qui a fait l'usage d'une substance plusieurs fois par semaine mais pas à tous les jours

substances souffrent d'une autre psychopathologie telle que les troubles du comportement, l'anxiété et la dépression.^{29,34,35,39,40}

ÉVOLUTION DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE CHEZ LES ADOLESCENTS

Les problèmes émotifs des adolescents sont souvent perçus comme normaux et transitoires. Or, pour plusieurs adolescents, il s'agira de problèmes suffisamment sévères pour perturber les activités habituelles ou les relations interpersonnelles et ce pour une période prolongée. Ainsi, dans l'enquête de Santé Québec, pour 58 % des jeunes âgés de 15 à 24 ans ayant un niveau élevé de détresse psychologique, les manifestations liées à cette détresse ont eu une durée excédant six mois et ont occasionné une perturbation au plan familial, interpersonnel ou ont affecté les études, le travail ou les loisirs.¹⁵ Diverses études ont confirmé que la durée d'un épisode dépressif peut excéder trois mois pour plusieurs adolescents.^{38,41,42}

En plus, une proportion relativement importante de jeunes ayant présenté à l'adolescence un problème de santé mentale, particulièrement un trouble anxieux ou dépressif, aura un nouvel épisode dans les années subséquentes.^{31,43-45} Dans une étude longitudinale faite auprès d'adolescents ontariens, 25% des jeunes ayant eu un épisode de dépression entre l'âge de 12 à 16 ans étaient déprimés dans les 6 mois précédant le suivi, quatre ans plus tard. La proportion était seulement de 7% chez les adolescents n'ayant pas eu de dépression préalablement.³¹ Des résultats semblables ont été obtenus dans une étude en Nouvelle-Zélande dans laquelle plus de mille jeunes ont été suivis pendant cinq ans. Les adolescents ayant subi un épisode dépressif entre l'âge de 14 à 16 ans, avaient 3.5 fois plus de chances de souffrir d'une nouvelle dépression et 2 fois plus de troubles anxieux dans les cinq années suivantes en comparaison des jeunes sans troubles psychiatriques au départ.⁴³ Les suivis, excédant dix ans, d'adolescents dont le diagnostic de dépression majeure a été posé en milieu hospitalier, donc vraisemblablement les cas les plus sévères, ont montré des taux de récives supérieurs à 50%.^{44,45}

Enfin, certains problèmes de santé mentale tels que la schizophrénie ou les troubles bipolaires évolueront vers la chronicité. Les premières manifestations de ces problèmes chroniques peuvent faire leur apparition à l'adolescence ou tôt à l'âge adulte. Les troubles du comportement sont aussi des problèmes qui peuvent se manifester aussi tôt qu'à l'enfance et se maintenir jusqu'à l'âge adulte. De fait, on tend de plus en plus à faire une distinction entre les troubles du comportement d'apparition précoce et ceux apparaissant à l'adolescence, les premiers ayant un moins bon pronostic et plus susceptibles de mener à un trouble de personnalité antisociale à l'âge adulte.^{25,46-48}

PROBLÈMES ASSOCIÉS AUX TROUBLES DE SANTÉ MENTALE

Suicides et tentatives de suicide

Au Québec, le suicide a constitué la première cause de décès en 1999, chez les hommes âgés de 15 à 19 ans et la deuxième cause chez les femmes du même âge.⁴⁹ Le tableau II présente les taux de suicide québécois et canadien chez ce groupe d'âge.⁵⁰

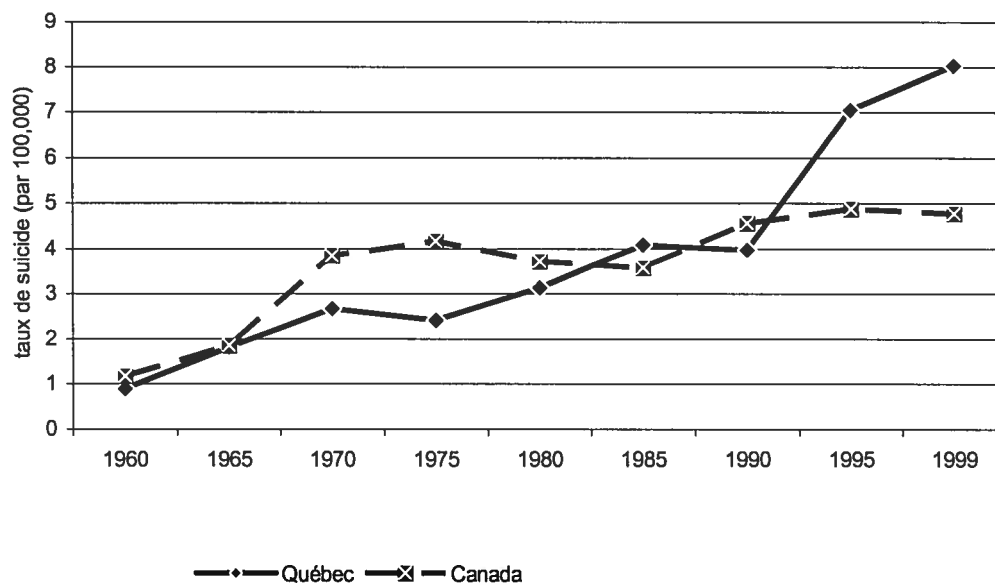
Tableau II : Taux de suicide (par 100,000) chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans, selon le sexe et le lieu de résidence (année 1999)

Lieu de résidence	Filles	Garçons
Québec	8.0	34,4
Canada	4.8	19,3

Source : Statistique Canada⁵⁰

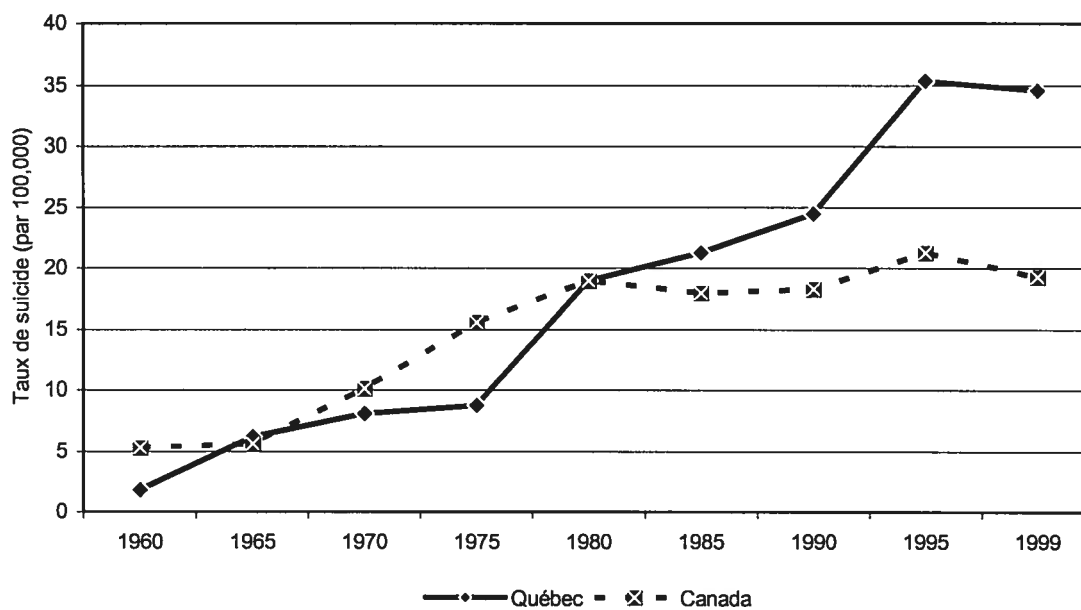
De plus, les taux de suicide ont triplé chez les femmes de 15 à 19 ans et quadruplé chez les hommes du même âge depuis les 40 dernières années au Québec.⁵⁰ Les figures 1 et 2 illustrent l'évolution de la mortalité par suicide durant les quatre dernières décennies au Québec et au Canada, chez les filles et les garçons âgés de 15 à 19 ans. On remarque que, si les taux canadiens sont demeurés relativement constants depuis plus de 10 ans, ceux du Québec ont affiché une croissance continue.

Figure 1 : Évolution des taux de suicide chez les femmes âgées de 15 à 19 ans au Québec et au Canada, de 1960 à 1999



Source : Statistique Canada⁵⁰

Figure 2 : Évolution des taux de suicide chez les hommes âgés de 15 à 19 ans au Québec et au Canada, de 1960 à 1999



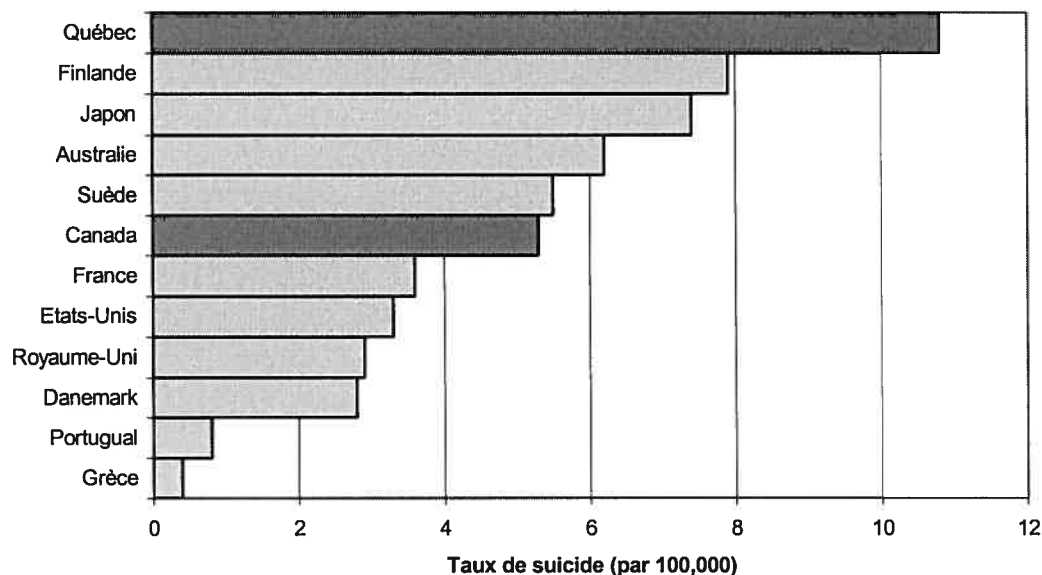
Source : Statistique Canada⁵⁰

Même si on doit faire preuve de prudence lorsqu'il s'agit de comparer les données internationales, du fait que la méthode utilisée pour rédiger les certificats de décès peut varier d'un pays à l'autre, la comparaison des taux de suicide selon divers pays industrialisés est révélatrice quant à l'ampleur du problème du suicide chez les jeunes au Québec. En effet, selon les données de l'Organisation Mondiale de la Santé rapportées par Statistique Canada, le Canada se situe en milieu de classement parmi 22 pays industrialisés quant au taux de suicide pour l'ensemble de la population.⁵¹ Cependant, on note que le Québec occupe le peloton de tête en ce qui concerne les taux de suicide chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans, tant chez les femmes que les hommes. Les figures 3 et 4 situent le Québec et le Canada parmi les principaux pays industrialisés en regard des taux spécifiques de décès par suicide chez les 15 à 24 ans, pour l'année 1998.⁵²

Plusieurs études ont montré que les problèmes de santé mentale, particulièrement les troubles dépressifs, un abus de substances ou un trouble des conduites, sont liés aux suicides.⁷⁻⁹ Ainsi, une revue des études s'étant attardée aux autopsies psychologiques des suicides a démontré qu'environ 90% des adolescents américains s'étant suicidés présentaient un trouble de santé mentale.⁸ Des études prospectives ont aussi révélé des taux plus élevés de suicide parmi les adolescents ayant souffert d'un trouble psychiatrique antérieurement.^{8,44,45}

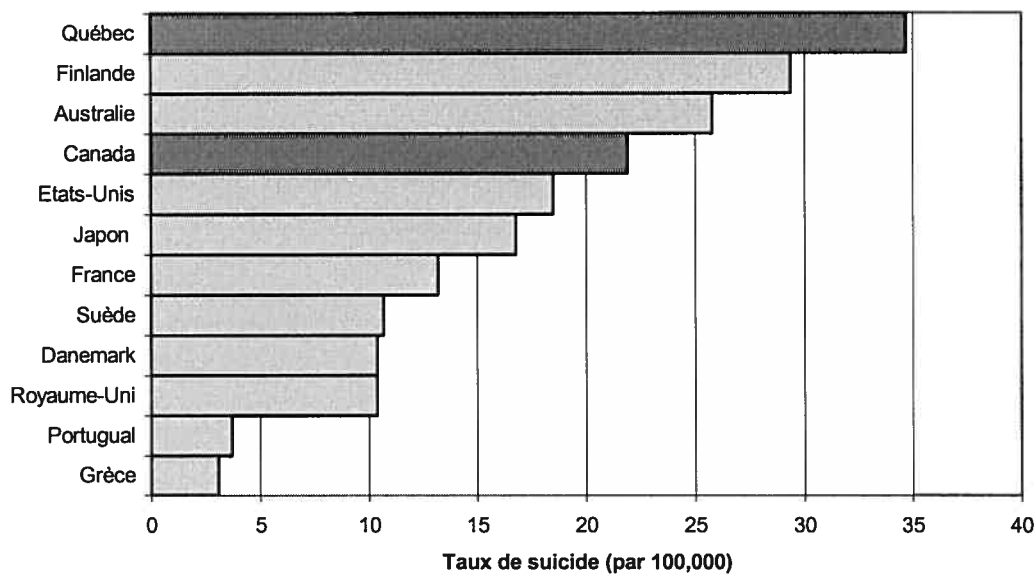
Mais les suicides ne constituent que la pointe de l'iceberg, puisque la prévalence des idées et des tentatives suicidaires est beaucoup plus élevée. Si l'on note la surmortalité masculine en regard du suicide, les femmes sont plus nombreuses à avoir des idées suicidaires ce qui se traduit par un taux également plus élevé de tentatives suicidaires. Ce constat se vérifie aussi tôt que chez les jeunes filles de 13 ans. En effet, dans l'enquête québécoise auprès des enfants et adolescents, 10% de ces dernières rapportent avoir eu des idées suicidaires et 6% avoir fait une tentative suicidaire dans les 12 mois précédents.¹⁶ Chez les garçons du même âge, les taux sont respectivement de 3,6% et de 1,7%. Les taux sont sensiblement les mêmes chez les filles âgées de 16 ans alors que nous notons que les taux augmentent légèrement chez les garçons avec l'âge. Le tableau III présente ces données.

Figure 3 : Taux de suicide (par 100,000) chez les femmes âgées de 15 à 24 ans pour les principaux pays industrialisés (année 1998)



**Graphique élaboré à partir des données de l'Organisation Mondiale de la Santé⁵² sur le nombre de décès par suicide chez les femmes âgées de 15 à 24 ans et la population féminine de ce groupe d'âge pour l'année 1998 à l'exception des données du Québec (Institut de la Statistique du Québec)*

Figure 4 : Taux de suicide (par 100,000) chez les hommes âgés de 15 à 24 ans pour les principaux pays industrialisés (année 1998)



**Graphique élaboré à partir des données de l'Organisation Mondiale de la Santé⁵² sur le nombre de décès par suicide chez les hommes âgés de 15 à 24 ans et la population masculine de ce groupe d'âge pour l'année 1998 à l'exception des données du Québec (Institut de la Statistique du Québec)*

Tableau III : Prévalence sur une période de 12 mois des idées et tentatives suicidaires chez les jeunes âgés de 13 et 16 ans selon le sexe, Québec

PRÉVALENCE	Âge : 13 ans		Âge : 16 ans	
	Filles	Garçons	Filles	Garçons
Idées suicidaires	10.1 %	3.6 %	11.9 %	7.8 %
Tentatives suicidaires	5.9 %	1.7 %	4.4 %	2.1 %

Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999¹⁶

Un indice élevé de détresse psychologique, lequel prend en considération les troubles anxieux et de l'humeur, a été relié à la présence d'idées suicidaires sérieuses ainsi qu'aux parasuicides. En effet, dans l'enquête de Santé Québec, 14% des personnes avec un indice élevé de détresse psychologique ont eu des idées suicidaires sérieuses dans les 12 mois précédents alors que seulement 1.5% de ceux qui avaient un indice faible ont eu de telles pensées.⁵³ Un lien entre les tentatives suicidaires et les troubles dépressifs, le trouble des conduites ainsi que l'abus de substances a aussi été établi.^{7,8,54,55} Par exemple, dans une vaste étude faite auprès d'étudiants américains, 87% des garçons et 78% des filles ayant fait une tentative suicidaire dans l'année précédente ont souffert d'au moins un problème de santé mentale durant la même période.⁵⁴ Une revue exhaustive des études ayant évalué les comportements suicidaires chez les adolescents a mis en évidence une nette corrélation entre ces comportements et les troubles de l'humeur.⁸

Autres problèmes associés aux troubles de santé mentale à l'adolescence

Plusieurs autres problèmes ont été associés aux troubles de santé mentale chez les adolescents. Il faut cependant être prudent dans l'interprétation de ces corrélations et éviter de conclure qu'un lien causal les relie, d'autant que la majorité des études ayant montré ces associations sont de type transversal. C'est ainsi que les problématiques peuvent partager avec le problème de santé mentale un facteur commun. Dans d'autres situations, on peut penser qu'une problématique est tantôt la cause, tantôt la conséquence du problème de santé mentale. De nombreuses études ont mis en évidence un lien entre les problèmes de santé mentale et le décrochage scolaire, les grossesses à

l'adolescence et les comportements sexuels à risque pour les infections transmissibles sexuellement (ITS) ainsi que la criminalité.^{29,31,43,48,56,57}

Par exemple, une recherche longitudinale américaine a révélé que 72% des adolescents sans diagnostics psychiatriques étaient aux études quatre ans plus tard alors qu'ils n'étaient que 45% chez les jeunes ayant présenté un problème de santé mentale.²⁹ Le suivi d'adolescents ontariens a montré des résultats semblables.³¹ De même, une étude prospective a révélé que les adolescents ayant eu un épisode dépressif entre l'âge de 14 et 16 ans avaient deux fois plus de chance de quitter l'école sans qualifications dans les quatre années subséquentes.⁴³ Par ailleurs, des études ont estimé que les adolescents ayant souffert d'un problème de santé mentale ont été deux à quatre fois plus nombreux à être devenu parent précocement.^{43,56} Dans une étude montréalaise, le tiers des adolescentes ayant eu un comportement marginal qui avait entraîné la prise en charge par la justice avait donné naissance à un enfant.⁵⁸ Les études faites auprès des adolescents québécois en centre de réadaptation, population chez qui on retrouve généralement une grande proportion de jeunes avec des problèmes de santé mentale, ont permis de constater que ceux-ci étaient particulièrement à risque en regard des ITS. Ainsi, ils étaient trois à quatre fois plus nombreux à avoir eu de multiples partenaires sexuels ou un partenaire à risque élevé pour les ITS et au-delà de dix fois plus nombreux à s'être adonnés à des activités de prostitution ou à s'être injecté des drogues intraveineuses si on les compare aux jeunes de la population générale.⁵⁹ Enfin, des études ont estimé qu'entre le quart et la moitié des jeunes ayant eu un diagnostic de trouble des conduites auront éventuellement des démêlés avec la justice.^{31,48,60}

Problèmes de santé mentale chez les adolescents et les services de santé de première ligne

Devant l'ampleur des problèmes de santé mentale chez les adolescents et des conséquences qu'ils occasionnent, on peut s'interroger sur le rôle que peuvent jouer les médecins généralistes dans ce domaine. Il est certain que cela exige avant tout que les adolescents aux prises avec un problème de cette nature consultent les omnipraticiens. La position qu'occupent les médecins de première ligne dans le réseau de la santé peut

certes faciliter la consultation des adolescents. Cependant, les jeunes reconnaissent aux médecins une compétence avant tout dans le domaine de la santé physique. Si cet élément évite la stigmatisation liée à une consultation auprès d'un professionnel de la santé mentale, il fait aussi en sorte que la visite médicale se déroule généralement dans un contexte d'une demande de soins médicaux plutôt que de services psychosociaux. C'est pourquoi l'évaluation du domaine psychosocial est souvent plus difficile dans un contexte de santé de première ligne que lors d'une visite auprès d'un professionnel de la santé mentale. D'une part, le médecin dispose généralement d'un temps de consultation limité pour satisfaire plusieurs demandes. D'autre part, l'omnipraticien doit être en mesure de « décoder » les symptômes physiques qui sont la manifestation d'un problème psychosocial sous-jacent. Enfin, il doit convaincre le jeune que ses problèmes ne sont pas d'origine physique.

Dès lors que le trouble de santé mentale a été identifié chez l'adolescent, l'évaluation requiert fréquemment, contrairement à chez l'adulte, que des informations complémentaires soient obtenues auprès des parents ou autres intervenants tels que professeur ou infirmière scolaire, qui sont susceptibles d'ajouter des renseignements pertinents.^{5,20,61,62} Plusieurs études ont toutefois montré que la consultation par les adolescents et la discussion de questions plus sensibles lors de la visite médicale sont facilitées si la confidentialité est assurée.⁶³⁻⁶⁶ De plus, le code civil québécois (L.Q., 1991, c. 64. article 14) stipule qu'un mineur de quatorze ans et plus, peut consentir seul à ses soins, sauf si son état de santé exige qu'il demeure dans un établissement de santé ou de services sociaux pendant plus de 12 heures (le titulaire de l'autorité parentale doit alors être informé de ce fait). Le code de déontologie des médecins précise également que le médecin est tenu au secret professionnel et que par conséquent, « il ne peut divulguer les faits ou les confidences dont il a eu personnellement connaissance, sauf lorsque le patient ou la loi l'y autorise, ou lorsqu'il y a une raison impérative et juste ayant trait à la santé ou la sécurité du patient ou de son entourage » (article 14). C'est pourquoi le médecin est assez souvent confronté au dilemme de respecter la confidentialité tout en ayant à mettre à contribution les parents lorsque la situation l'exige pour le mieux-être de l'adolescent qui le consulte.

Le traitement d'un adolescent présentant un problème de santé mentale peut exiger des interventions au plan familial et parfois même en milieu scolaire, ce qui sous-tend que les omnipraticiens possèdent des compétences dans ce domaine. Devant une telle complexité de traitement ou en raison d'un manque d'aisance dans le domaine de la santé mentale adolescente, le médecin généraliste pourra choisir d'orienter l'adolescent vers des ressources complémentaires. Le médecin de première ligne peut alors grandement faciliter l'accès à ces ressources en santé mentale. Cependant, la référence à de telles ressources présuppose qu'elles sont accessibles et adaptées aux besoins des adolescents et de leur famille.

Après l'évaluation du traitement (management) requis, un autre obstacle réside dans le fait de persuader l'adolescent et sa famille de la nécessité d'un tel traitement, situation qui n'est habituellement pas présente lorsque la personne s'adresse directement aux professionnels de la santé mentale. En effet, lorsque l'adolescent consulte un médecin, ce n'est pas nécessairement avec l'intention de recevoir des services de nature psychosociale, lesquels services offerts pourront être jugés par le jeune ou sa famille comme n'étant pas nécessaires. En plus, l'adolescent peut être réticent à informer ses parents des difficultés qu'il vit, rendant ainsi difficile, voire impossible, l'accès à certains services. Les médecins doivent donc être en mesure d'offrir des options de traitement acceptables par le jeune et, éventuellement, sa famille.

CONSULTATION MÉDICALE PAR LES ADOLESCENTS

Les études faites dans la communauté démontrent que les jeunes ont recours en général aux services médicaux de première ligne. Ainsi, selon Statistique Canada, plus de 75% des adolescents canadiens ont vu, à au moins une reprise, un médecin durant une année et 50% d'entre eux ont effectué plus d'une visite.⁶⁷ Au Québec, 10% des jeunes de 15 à 24 ans ont affirmé, dans l'enquête sociale et de santé de 1998, avoir consulté un médecin, majoritairement généraliste, dans les deux semaines précédentes.⁶⁸

À notre connaissance, aucune étude ayant documenté l'utilisation des services médicaux par les adolescents québécois souffrant d'un problème de santé mentale, n'a été publiée. Cependant, plusieurs recherches faites dans divers pays ont montré que les adolescents aux prises avec un tel problème ont recours aux services médicaux, et souvent, davantage que les services en santé mentale. Par exemple, une recherche ontarienne a montré que 44% des filles et 57% des garçons, qui souffraient d'un problème de santé mentale avaient utilisé les soins médicaux dans les six mois précédents alors que respectivement 9% et 16% d'entre eux avaient fait de même pour les services de santé mentale.²⁴ Dans une vaste enquête suisse, 78% des étudiants qui avaient fait une tentative suicidaire dans les 12 mois antérieurs ont consulté, durant la même période, un médecin généraliste mais seulement 17% un psychologue.⁶⁹ Une recherche allemande a montré que selon le trouble psychiatrique dont souffraient les jeunes, entre 19 % et 58 % d'entre eux, avaient cherché une aide professionnelle auprès d'un médecin alors que moins de 20 % d'entre eux avaient eu recours aux services d'autres professionnels, particulièrement les psychologues.³⁴ Enfin, on peut dégager le même constat si on regarde l'utilisation des services, soit de santé primaire ou de santé mentale, par les personnes de moins de 35 ans ayant complété un suicide. Le tableau IV présente les résultats tirés d'une revue des études à ce sujet.⁷⁰

Tableau IV : Proportion des jeunes de moins de 35 ans ayant complété un suicide et qui ont consulté un professionnel dans le mois ou l'année précédant le suicide, selon le secteur de santé

Professionnels consultés	Dans le mois précédant le suicide (moyenne, écart)	Dans l'année précédant le suicide (moyenne, écart)
Soins primaires	23% (10-36%)	62% (42-82%)
Santé mentale	15% (7 à 32%)	24% (23-25%)

Luoma, J. B. et al (2002)⁷⁰

Les recherches ayant évalué la prévalence des problèmes de santé mentale parmi les adolescents utilisant les services médicaux, dans divers contextes cliniques, nous indiquent aussi que les médecins ont l'occasion de voir en consultation des jeunes ayant de tels problèmes. Et règle générale, on note des prévalences plus élevées chez les

adolescents qui consultent que celles observées dans la population générale. En effet, selon ces études, les prévalences des troubles psychiatriques parmi les adolescents vus lors d'une consultation médicale varient entre 20 % et 40 %.^{12,39,71-76}

Par exemple, une recherche menée en Australie a montré que 40 % des 3000 jeunes ayant consulté l'un des 247 médecins généralistes participant, souffraient probablement d'une dépression et 22 % avaient des idées suicidaires sérieuses.⁷¹ Dans une étude américaine multicentrique, un peu moins du quart des adolescents ayant effectué une visite médicale présentaient un problème de santé mentale, le plus fréquemment une dépression majeure, un abus de substances ou un trouble anxieux.⁷² De même, 41 % des patients vus à une clinique adolescente en milieu hospitalier, ont reçu un diagnostic pour l'un ou l'autre des problèmes de santé mentale suivants : troubles anxieux, dépression majeure, trouble alimentaire, trouble des conduites, problèmes relationnels parents-enfants ou problèmes d'adaptation.⁷⁵ Une autre étude américaine a révélé que le tiers des adolescents s'étant présentés à une clinique adolescente pour un examen de routine présentaient vraisemblablement des troubles du comportement.⁷⁴ Dans une recherche menée en Ontario, auprès d'adolescents ayant consulté à une clinique adolescente en milieu hospitalier, a, quant à elle, montré qu'un adolescent sur cinq souffrait d'une dépression sévère ou présentait un risque suicidaire sérieux.⁷⁶ Enfin, l'évaluation des problèmes de consommation de substances parmi des adolescents ayant effectué une visite médicale de routine à une clinique adolescente en milieu hospitalier a révélé que 18% des jeunes avaient une consommation problématique tandis que 16% d'entre eux répondaient aux critères diagnostiques pour un abus ou une dépendance.³⁹

DÉTECTION DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE CHEZ LES ADOLESCENTS

De nombreuses études ont mis en évidence que les médecins ont de la difficulté à identifier les adolescents aux prises avec des problèmes de santé mentale.^{6,10-13,77} En effet, une recension des recherches effectuées avant 1994 a permis d'estimer qu'ils détectent moins du tiers des adolescents présentant de tels problèmes.⁶ Des études plus récentes ont généralement obtenu des résultats similaires. Ainsi, une recherche britannique faite en 1998 auprès d'adolescents a montré que les médecins généralistes ont été en mesure

de reconnaître seulement 21% des jeunes ayant un trouble psychiatrique.¹² Dans une autre étude britannique, les médecins ont identifié un problème de santé mentale chez 3% des adolescents qui avaient consulté alors que la proportion était de 26 % selon un questionnaire de dépistage.⁷⁸ Dans une clinique dédiée aux soins aux adolescents, la détection a été plus élevée, les médecins ayant été en mesure de reconnaître près de 80 % des adolescents présentant un problème de santé mentale.⁷⁵

Motifs de consultation des adolescents ayant un problème de santé mentale

L'une des difficultés à l'identification des problèmes de santé mentale réside dans le fait que les adolescents aux prises avec ce type de problème consultent rarement le médecin en évoquant un motif psychosocial. Par exemple, une étude australienne a démontré que moins du quart des jeunes ayant un niveau élevé de détresse psychologique ou ayant des idées suicidaires sérieuses ont consulté un médecin en mentionnant une raison psychosociale.⁷¹ Dans une étude suisse, parmi les jeunes ayant fait une tentative suicidaire, 78% des jeunes ont consulté un médecin, mais seulement 11% l'ont vu pour cette raison.⁶⁹ Dans une étude britannique, seulement 2% des adolescents se sont présentés avec un motif psychosocial alors que la prévalence des troubles psychiatriques était de 38%.¹²

C'est donc dire que les adolescents mentionnent le plus souvent des symptômes physiques lorsqu'ils se présentent chez un médecin, lesquels symptômes peuvent être une manifestation de problèmes de santé mentale sous-jacents. Ainsi, dans l'enquête de santé québécoise, on a noté que les jeunes âgés de 16 ans ayant un niveau élevé de détresse psychologique sont deux fois plus nombreux (75%) à rapporter plus de deux symptômes tels que céphalée, maux de ventre, étourdissements, que ceux ayant un niveau plus faible (40%).⁷⁹ De même, dans une étude faite auprès d'adolescents ontariens, 32% des jeunes présentant un score élevé à l'échelle somatique, souffraient de troubles émotifs (6 % chez ceux ayant score inférieur) et 22% de troubles externalisés (vs 8 %).⁸⁰ Autre exemple, dans une étude américaine, on a noté que la proportion des filles souffrant de céphalées était quatre fois plus élevée parmi celles étant déprimées que celles sans problèmes de santé mentale. Les garçons ayant un trouble des conduites

étaient, quant à eux, deux fois plus nombreux à souffrir de maux de tête que ceux sans problèmes de santé mentale.⁸¹

Les adolescents aux prises avec un problème de santé mentale peuvent sous-estimer l'importance de leurs difficultés et de ce fait, juger qu'il n'est pas nécessaire d'aborder cette question lors de la consultation auprès d'un professionnel de la santé. Par exemple, dans l'enquête faite auprès des enfants et des adolescents québécois, seulement 25% des jeunes ayant eu des idées suicidaires sérieuses ont déclaré avoir consulté un professionnel à la suite de leur idéation ou tentative suicidaires.¹⁶ Près des deux tiers des jeunes de 16 ans ayant eu des idées suicidaires sérieuses ont mentionné qu'ils n'avaient pas consulté un professionnel parce qu'ils croyaient que le problème allait se résoudre de lui-même ou sans aide ou qu'il n'était pas assez important.¹⁶

Les médecins généralistes ont donc l'occasion de voir en consultation des adolescents aux prises avec des problèmes de santé mentale. Toutefois, les adolescents n'ont pas tendance à évoquer spontanément leurs difficultés émotives et vont plutôt consulter pour des manifestations liées à ces problèmes de santé mentale que ce soit des symptômes physiques ou des comportements à risque associés à ces problèmes. C'est pourquoi il est essentiel que le médecin prenne l'initiative d'amorcer la conversation sur les questions psychosociales et qu'il soit particulièrement vigilant à dépister les problèmes de santé mentale chez les adolescents qui le consultent.

Évaluation du domaine psychosocial par les médecins

Or, différentes études ont démontré que les médecins n'ont pas tendance à évaluer la santé mentale des adolescents et qu'ils se préoccupent davantage des conditions biomédicales que des aspects psychosociaux.⁸²⁻⁸⁵ Par exemple, des chercheurs américains ont évalué dans quelle mesure les adolescents ont été interrogés sur les services préventifs qu'ils avaient reçus lors de leur examen médical de routine. Plus de 80 % des adolescents ont affirmé avoir eu un examen physique complet lors de leur visite, tandis que les relations familiales ou avec les amis ont été abordées dans moins de 40 % des visites. La dépression et les abus physiques ou sexuels ont été, quant à eux,

discutés dans moins de 20 % des situations.⁸⁴ Dans une autre recherche, la révision des dossiers médicaux d'adolescents ayant consulté l'un des médecins généralistes participant a indiqué que moins de 20 % des jeunes ont été questionnés sur les éléments psychosociaux, la proportion atteignant 50 % lorsque les adolescents avaient consulté dans une clinique adolescente.⁸² Une autre recherche américaine a documenté qu'une proportion assez importante de médecins n'abordaient pas les difficultés psychosociales même lorsqu'ils en avaient pris connaissance à l'aide d'un questionnaire complété par l'adolescent avant la visite. Ainsi, seulement 55 % des adolescents identifiés comme ayant un facteur de risque en regard de la dépression et/ou d'un problème d'abus physique ou sexuel ont pu discuter de cette question avec le médecin lors de la consultation.⁸⁶

Aisance et besoins de formation des médecins en santé mentale adolescente

Une autre barrière à l'identification ou au traitement des problèmes psychosociaux, fréquemment nommée par les médecins, est le manque de formation ou d'aisance dans le domaine. Par exemple, une enquête américaine a révélé que seulement 7% des médecins de famille interrogés jugeaient qu'ils avaient reçu une formation adéquate dans le traitement de la dépression chez l'enfant et l'adolescent et que 22 % d'entre eux s'estimaient à l'aise dans le domaine.⁸⁷ Plus de 80% des médecins généralistes australiens questionnés ont indiqué qu'ils avaient une formation insuffisante en regard des problèmes psychiatriques ou psychosociaux chez les adolescents.⁸⁸ Dans une autre étude effectuée aux États-Unis, entre 40 et 50 % des médecins de famille rapportaient avoir une formation inadéquate, dans le domaine de la santé adolescente, en regard de la dépression, l'abus de substances, l'évaluation du risque suicidaire, et plus des trois quarts en ce qui concerne la délinquance et les troubles alimentaires. De plus, le manque de formation a été la barrière dans la dispensation des soins aux adolescents la plus fréquemment nommée par l'ensemble des médecins.⁸⁹

Le manque de formation ou d'aisance est certes un facteur limitant les interventions auprès des adolescents. Toutefois, un grand nombre de médecins, bien qu'ayant reconnu ce manque d'aisance, ne désirent pas recevoir de formation. Ainsi, moins de 40% des

médecins américains ayant identifié un déficit dans un domaine de la santé adolescente désirait une formation à ce sujet.⁸⁹ Dans une étude réalisée auprès de médecins généralistes en Angleterre, seulement 35% d'entre eux désiraient parfaire leur formation en regard des problèmes de santé mentale chez les adolescents.⁹⁰ On peut alors s'interroger sur l'intérêt que portent un certain nombre de médecins à la santé des adolescents ou encore du niveau de responsabilité qu'ils se reconnaissent dans ce champ d'activités. En effet, une étude faite auprès des pédiatres américains a montré que 90% d'entre eux affirment qu'il est de leur responsabilité de dépister les enfants et les adolescents souffrant d'une dépression mais seulement le quart d'entre eux environ croient que le traitement est de leur ressort.⁹¹

TRAITEMENT DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

La sous-détection des problèmes de santé mentale est certainement l'un des facteurs qui fait en sorte qu'une forte proportion des adolescents présentant un problème de santé mentale ne reçoivent aucun soin. En effet, on estime qu'entre 50 et 80% des adolescents aux prises avec un tel problème ne feront l'objet d'aucun traitement.^{5,6,10,11,77} Par exemple, dans une étude ontarienne, le suivi des adolescents ayant un problème de santé mentale a révélé que moins de 20 % d'entre eux ont demandé de l'aide dans les quatre années subséquentes.³¹ Dans une recherche américaine, le quart des adolescents ayant un trouble psychiatrique qui avait occasionné une perturbation dans le fonctionnement habituel avait reçu des services spécialisés en santé mentale.⁹² De manière globale, la moitié de tous les jeunes allemands âgés de 15 à 24 ans, ayant présenté antérieurement l'un ou l'autre trouble psychiatrique, ont eu recours à un professionnel, en majorité un médecin suivi d'un psychologue.³⁴ Dans aucune de ces recherches, la nature, l'intensité et la durée du traitement de même que la fidélité au traitement ont été évaluées. Une évaluation détaillée des traitements reçus permettrait probablement de conclure que la proportion des jeunes souffrant d'un problème de santé mentale qui ont bénéficié d'un suivi adéquat est encore plus faible.

L'importance de détecter les adolescents présentant un problème de santé mentale et de leur offrir un traitement est mise en évidence par le fait que divers traitements pharmacologiques ou psychothérapies, ont démontré leur efficacité.⁹³⁻⁹⁸ Ainsi, une recension⁹³ des recherches menées avant 1999 et ayant évalué l'efficacité des divers traitements, chez les enfants ou les adolescents, pour les principaux troubles psychiatriques ont permis de tirer les conclusions suivantes.

Pour la dépression : La thérapie cognitivo-comportementale a démontré son efficacité. Au plan pharmacologique, l'efficacité varie selon la classe des antidépresseurs. Il est clair que, chez les jeunes, les antidépresseurs tricycliques n'ont pas les effets attendus. Les résultats quant à l'efficacité des antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la sérotonine (ISRS) ont été contradictoires, les études les plus récentes ayant montré une efficacité possible de certains antidépresseurs appartenant à cette classe.

Pour les troubles anxieux et les phobies : L'efficacité des psychothérapies telles que la désensibilisation et la thérapie cognitivo-comportementale a été établie. Le traitement pharmacologique, que ce soit à l'aide de benzodiazépines ou d'antidépresseurs, a montré des résultats variés pour les troubles anxieux.

Pour le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité : Les bénéfices du traitement à l'aide de psychostimulants ont été largement démontrés. Il est prouvé également que l'approche comportementale auprès des parents ou du milieu scolaire est efficace à modifier les comportements chez l'enfant. Le traitement combiné, médicament et psychothérapie, n'a pas fait l'objet d'évaluations rigoureuses.

Pour le trouble des conduites : Différentes approches psychothérapeutiques ont montré une certaine efficacité, notamment l'approche comportementale auprès des parents, l'approche multisystémique et l'enseignement de la résolution de problèmes auprès du jeune. Les évidences quant à l'efficacité d'un traitement pharmacologique sont rares.

Des révisions des recherches plus récentes portant sur les traitements pharmacologiques de la dépression ou des troubles anxieux chez les adolescents, suggèrent que certains antidépresseurs ISRS sont efficaces.^{99,100} On mentionne toutefois que l'augmentation de l'emploi de ces médicaments chez les adolescents repose principalement sur l'extrapolation des résultats obtenus dans des recherches effectuées chez les adultes et que peu d'études dans ce domaine ont été faites chez les adolescents.

On peut dégager certaines différences dans les traitements des diverses psychopathologies chez l'adolescent si on les compare aux traitements chez les adultes. D'une part, pour beaucoup de problèmes de santé mentale, la psychothérapie chez les adolescents repose sur une approche davantage axée sur la modification du comportement ou du mode de pensée que sur la seule écoute active ou l'introspection qui sont fréquemment utilisées chez l'adulte. D'autre part, les interventions ne se limitent pas au jeune lui-même mais impliquent aussi les personnes avec qui il est en interrelation étroite. Finalement, le professionnel doit tenir compte du niveau de développement qu'a atteint l'adolescent, tant au plan physiologique, cognitif, psychologique, social et moral, lorsqu'il intervient auprès d'un adolescent ayant un problème de santé mentale. Tous ces éléments font en sorte que les médecins ne sont pas toujours en mesure d'offrir tous les soins requis par un jeune souffrant d'une psychopathologie et qu'ils sont souvent appelés à travailler en collaboration avec d'autres professionnels.

ÉNONCÉ DE POSITION DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

Constatant la difficulté à dépister les maladies mentales chez les adolescents avant détérioration, le Collège des médecins du Québec publiait en 1999 un énoncé de position concernant l'accessibilité aux soins médicaux et psychiatriques pour la clientèle des adolescents.¹⁴ Cet énoncé comprenait une série de recommandations visant à faire la promotion d'une organisation de services médicaux en santé mentale répondant adéquatement aux besoins des adolescents. Il soulignait l'importance du rôle des médecins de famille autant auprès des parents que des jeunes eux-mêmes et leur imputabilité dans la continuité des soins. De plus, le Collège proposait que les soins à

prodiguer aux adolescents soient considérés comme prioritaires et qu'ils soient à la fois disponibles et accessibles. Il a aussi émis une série de recommandations qui définissaient les responsabilités respectives des différents professionnels de la santé selon des niveaux de services complémentaires. Il a affirmé la nécessité que les différents acteurs tels que les médecins de famille, pédiatres, infirmières, pédopsychiatres, psychologues et travailleurs sociaux, impliqués dans le domaine de la santé mentale travaillent en collaboration étroite. Finalement le Collège des médecins a souligné l'importance d'une formation adéquate des médecins de famille que ce soit en matière de diagnostic des problèmes de santé mentale, d'évaluation des diverses composantes, sociales, familiales et environnementales ainsi que du traitement, incluant le volet pharmacologique.

OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Suite à l'énoncé de position du Collège des médecins cité précédemment, un comité comprenant divers représentants impliqués en santé mentale adolescent s'est vu confier le mandat de développer des programmes de formation destinés aux médecins de famille de première ligne, aux équipes jeunesse des CLSC et aux infirmières. Ayant constaté le peu d'informations concernant le domaine de la santé mentale à l'adolescence en lien avec les services de santé de première ligne au Québec, le comité a mené une enquête auprès des médecins de famille et ce, afin d'optimiser les formations destinées à ces professionnels. La recherche visait particulièrement à :

1. Estimer dans quelle mesure les omnipraticiens voient en consultation des adolescents pour différents problèmes de santé, notamment de santé mentale.
2. Décrire les pratiques des médecins en santé mentale à l'adolescence, particulièrement le travail en collaboration avec les parents des adolescents et les autres intervenants impliqués dans ce domaine.
3. Examiner le degré d'aisance des omnipraticiens québécois en matière de santé mentale adolescente et leur intérêt à parfaire leur formation.

De plus, les chercheurs étaient intéressés à connaître si les éléments précédents, à savoir la clientèle adolescente, le travail en collaboration ainsi que l'aisance et l'intérêt dans la formation, variaient selon le type de pratique des omnipraticiens.

Le présent mémoire traitera des deux premiers objectifs. Le premier article de ce mémoire discute des fréquences de consultation des adolescents auprès des omnipraticiens pour diverses conditions liées à la santé physique et mentale. Le deuxième concerne la communication des omnipraticiens avec les parents et les autres intervenants ainsi que les références des adolescents souffrant d'un problème de santé mentale aux différentes ressources psychosociales de leur territoire.

MÉTHODOLOGIE

À notre connaissance, aucune recherche n'a été menée au Québec et au Canada sur la question des problèmes de santé mentale parmi la clientèle adolescente des omnipraticiens. C'est pourquoi, cette recherche se voulait essentiellement descriptive et exploratoire.

Sélection de l'échantillon

Étant donné que cette étude s'inscrivait dans la suite des recommandations du Collège des médecins du Québec (CMQ) qui souhaitait une implication accrue des omnipraticiens, la population visée était l'ensemble des omnipraticiens du Québec. Les critères d'inclusion pour cette étude ont été les suivants :

Être un médecin généraliste

- Être en pratique active (médecins dont 50% et plus de leur temps de travail est consacré aux activités cliniques)
- Exercer la médecine au Québec
- Pouvoir compléter un questionnaire en français (la langue de correspondance avec le CMQ étant le critère de sélection)
- Avoir obtenu son droit de pratique après 1969

La sélection de l'échantillon a été faite à partir du fichier des inscriptions du CMQ. Les informations concernant les activités professionnelles sont mises à jour annuellement lors du renouvellement de l'inscription au CMQ. Nous avons procédé par un échantillonnage stratifié selon le type de pratique : la pratique en CLSC et la pratique privée. Nous avons utilisé cette méthode d'échantillonnage pour s'assurer d'obtenir un nombre suffisant de médecins exerçant en CLSC pour permettre les analyses comparatives selon le type de pratique. Le premier échantillon a inclus tous les omnipraticiens dont la majorité de leur temps (plus de 65%) de travail s'effectuait en CLSC. Trois cent cinquante huit (358) médecins appartenaient à cette catégorie. Le

deuxième échantillon a été choisi de manière aléatoire parmi les 5682 médecins qui exerçaient exclusivement en pratique privée (aucun temps en CLSC). Compte tenu d'un taux de réponse attendu plus faible de la part des médecins en pratique privée, nous avons choisi de sélectionner un échantillon plus grand de médecins de ce groupe. Sept cent quarante neuf (749) médecins en pratique privée ont ainsi été sélectionnés.

Le tableau V illustre de quelle manière l'effectif final a été obtenu. En ce qui concerne les médecins en pratique privée, 7 n'ont pu être rejoints et 70 ont été exclus en raison d'une pratique spécialisée (50) ou du fait qu'il n'était pas en pratique active (20). Quatre cent trente sept (437) médecins en pratique privée, soit 65% des médecins rejoints et éligibles, ont complété le questionnaire. Pour ce qui est des médecins en CLSC, 6 n'ont pu être rejoints et 8 ont été exclus (5 avaient une pratique spécialisée et 3 n'étaient pas en pratique active). Deux cent soixante dix (270) médecins en CLSC ont fait parvenir leur questionnaire complété, soit 78.4% des 344 médecins rejoints et éligibles. L'effectif final comprenait donc 707 médecins pour un taux de réponse global de 69.6%.

Tableau V : Résumé de la méthode d'obtention de l'effectif final

STRATES DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES	POPULATION-CIBLE	TAILLE DE L'ÉCHANTILLON	NOMBRE DE MÉDECINS REJOINTS ET ÉLIGIBLES	NOMBRE DE QUESTIONNAIRES COMPLÉTÉS	TAUX DE RÉPONSE (%)
Pratique privée	5 682	749	672	437	65.0 %
Pratique en CLSC	358	358	344	270	78.5 %
TOTAL	6 040	1 107	1 016	707	69.6 %

Collecte des données et instrument de mesure

La collecte des données a été faite à l'aide d'un questionnaire postal. Le questionnaire a été administré de manière anonyme afin de minimiser les biais de désirabilité. Le premier envoi a eu lieu en septembre 2000. Une carte réponse codifiée était jointe au questionnaire. Cette carte était postée sous pli séparé par le répondant lorsque le questionnaire était retourné. De cette manière, les rappels ont pu être faits qu'aux seules personnes n'ayant pas réexpédié leur questionnaire. Trois rappels ont été effectués, respectivement en octobre 2000, novembre 2000 et mai 2001.

Le questionnaire a été développé pour les besoins de la présente recherche. Afin de s'assurer d'une validité de contenu, le questionnaire a été élaboré suite à une revue de la littérature par des experts dans le domaine de la santé mentale adolescente. Le questionnaire a été vérifié pour sa compréhension et sa pertinence par des omnipraticiens ayant les mêmes caractéristiques que les sujets à l'étude. Le questionnaire a été conçu de manière à ce qu'il se complète rapidement et aisément par des médecins disposant de peu de temps libre afin de favoriser un taux élevé de réponse. Il comprenait 75 questions fermées, de type-likert, la majorité comptant quatre ou cinq catégories. On peut se référer au questionnaire mis en annexe pour le libellé des questions, les variables mesurées et les échelles de mesure utilisées.

Globalement, le questionnaire portait sur quatre aspects :

- Les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des répondants
- La clientèle adolescente des omnipraticiens
- La collaboration entre les omnipraticiens et les intervenants impliqués en santé mentale adolescente ainsi que les parents
- L'aisance et les besoins de formation en santé mentale adolescente des omnipraticiens

L'aisance et les besoins de formation en santé mentale adolescente des omnipraticiens ne sont pas abordés dans ce mémoire. Le tableau I de l'annexe 3 présente les différentes variables en lien avec les trois premiers aspects.

À noter que, dans le questionnaire, le mot adolescent réfère aux garçons et aux filles de 12 à 17 ans inclusivement. Bien que plusieurs intervalles d'âge peuvent être proposés pour définir l'adolescence, l'intervalle retenu dans cette recherche a l'avantage d'inclure la période durant laquelle la majorité des jeunes vont présenter leurs changements biologiques liés à la puberté et vont fréquenter les établissements scolaires de niveau secondaire. De plus, ceci permet de respecter la limite d'âge légale qui définit, au Québec, le statut adulte, lequel est un critère quant à l'utilisation de nombreux services de santé.

LES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET PROFESSIONNELLES

Outre les variables habituelles (sexe, âge), les informations recueillies ont porté sur le fait d'être parent d'adolescent, le type de pratique médicale, le lieu de pratique (taille de la localité et région) et la certification en médecine familiale. Le groupe des médecins en CLSC a été subdivisé en deux : le premier comprenant ceux qui pratiquent en CLSC sans implication à une clinique jeunesse et le deuxième regroupant les médecins dont une partie des activités cliniques dispensées en CLSC se déroulaient en clinique jeunesse. Bien qu'il n'existe pas de définition formelle pour décrire une clinique jeunesse, cette notion réfère habituellement à des services spécifiquement et exclusivement dédiés aux jeunes âgés de 12 à 18 ans (parfois jusqu'à 20 ans). Les services sont dispensés par une équipe multidisciplinaire, le plus souvent composée d'une infirmière, un médecin et un travailleur social. Les cliniques jeunesse se déroulent généralement à l'intérieur d'un CLSC mais elles peuvent aussi avoir lieu en milieu scolaire de niveau secondaire.

Le type de pratique comprenait donc trois catégories : les médecins exclusivement en pratique privée, les médecins dont la majorité des activités cliniques était en CLSC mais

sans implication en clinique jeunesse et finalement les médecins dont la majorité des activités cliniques était en CLSC et dont une partie de celles-ci avaient lieu dans le cadre d'une clinique jeunesse.

LA CLIENTÈLE ADOLESCENTE DES OMNIPRATICIENS

Les chercheurs visaient à décrire la clientèle adolescente des omnipraticiens en termes de volume et de types de problèmes présentés par les adolescents vus en consultation. Une question portait sur le nombre d'adolescents vus par semaine au cours des 12 derniers mois (question A.1). Nous avons regroupé les catégories de manière à distinguer les médecins qui voient en consultation un très faible nombre d'adolescents (un ou moins), un nombre non négligeable mais non substantiel d'adolescents (entre 2 et 9 adolescents) et un nombre substantiel d'adolescents (10 et plus).

Les problèmes que présentaient les adolescents qui ont consulté les omnipraticiens ont été mesurés de la manière suivante :

- La fréquence de consultation, dans les 12 derniers mois, pour divers problèmes de santé physique (question A.2)
- La fréquence de consultation pour des problèmes de santé mentale dans les 12 derniers mois :
 - pour l'ensemble des conditions de santé mentale (question A.2)
 - pour des conditions spécifiques fréquentes (question A.3)
- Le nombre d'adolescents vus depuis le début de la pratique médicale pour des conditions spécifiques liées à la santé mentale qui sont moins fréquentes (question A.9)

Pour la fréquence de consultation dans les 12 derniers mois, que ce soit pour les problèmes de santé physique ou mentale, nous avons procédé par regroupement des catégories pour différencier les médecins qui n'ont pas vu d'adolescents pour une condition donnée (je n'en ai pas vu), ceux qui en voient occasionnellement (quelques fois, à tous les mois) et enfin ceux qui en voient fréquemment (à toutes les semaines, à

tous les jours). En ce qui concerne le nombre d'adolescents vus depuis le début de la pratique, nous avons calculé un nombre moyen d'adolescents vus sur une période de deux ans afin de tenir compte de la durée variable de la pratique médicale des répondants. Nous avons utilisé un intervalle de deux ans étant donné le faible nombre de cas vus depuis le début de la pratique. De plus, dans le cas où une catégorie était un intervalle, l'étendue de cet intervalle étant petite, le nombre médian a été utilisé.

LA COLLABORATION ENTRE LES OMNIPRATICIENS ET LES INTERVENANTS IMPLIQUÉS EN SANTÉ MENTALE ADOLESCENTE AINSI QUE LES PARENTS

La communication avec les parents ou avec des intervenants susceptibles de fournir des renseignements pertinents dans l'évaluation d'un adolescent présentant un problème de santé mentale a été évaluée à l'aide des questions suivantes :

- Une question dichotomique (oui/non) portant sur le fait d'avoir communiqué à au moins une reprise au cours des 12 derniers mois avec les parents et divers intervenants du milieu scolaire ou de la santé (question A.4)
- Le nombre d'adolescents sur les cinq derniers adolescents vus pour dépression, idéation suicidaire ou tentative suicidaire, pour lesquels le médecin avait communiqué avec les parents (question A.8). Les réponses à cette dernière question ont été regroupées de manière à catégoriser les médecins selon qu'ils n'ont pas communiqué (aucun), qu'ils ont communiqué occasionnellement (1 à 3 adolescents sur les 5 derniers) ou qu'ils ont communiqué presque systématiquement (4 ou 5 adolescents sur les 5 derniers) avec les parents d'un adolescent présentant un problème important de santé mentale.

Les questions portant sur la collaboration entre les omnipraticiens et les diverses ressources en santé mentale de leur territoire comprenaient :

- Le nombre d'adolescents référés dans les 12 derniers mois aux ressources spécifiques en santé mentale de leur territoire (question A.5). Le nombre total d'adolescents référés à l'ensemble des ressources a été calculé en additionnant le nombre d'adolescents référés à chacune des ressources. Dans le cas où une

catégorie était un intervalle, l'étendue de cet intervalle étant petite, le nombre médian a été utilisé.

- Une question dichotomique (oui/non) portant sur le fait d'avoir facilité un rendez-vous, dans les 12 derniers mois, pour un adolescent ayant un problème de santé mentale, auprès des diverses ressources (question A.6).
- Le nombre d'adolescents reçus en consultation par les omnipraticiens suite à une référence faite par d'autres intervenants au cours des 12 derniers mois (question A.7). De nouveau, nous avons regroupé les catégories pour distinguer les médecins qui ne servent jamais de consultant en santé mentale adolescente auprès des autres intervenants (aucun adolescent), ceux qui reçoivent occasionnellement des adolescents référés (entre 1 et 4 adolescents) et finalement ceux qui reçoivent fréquemment des adolescents suite à une référence (5 et plus).
- La perception qu'avaient les omnipraticiens de leur connaissance des services offerts par les ressources en santé mentale de leur territoire (question B.3). Originellement en quatre catégories, les réponses à cette question ont été réduites en deux catégories : «Pas ou peu informés» et «assez ou très informés».
- La perception qu'avaient les omnipraticiens de l'accessibilité des ressources en santé mentale de leur territoire (question B.4). Le regroupement des réponses a été fait pour obtenir trois catégories : 1) Pas ou peu accessibles 2) Assez ou très accessibles 3) Ne sait pas

Analyses des données

Nous avons procédé dans un premier temps aux analyses descriptives habituelles. Ces premières analyses nous ont permis de constater que les répondants différaient en regard du sexe, de l'âge et de la taille de la localité de pratique selon le type de pratique. Puis nous avons mené des séries d'analyses bivariées pour identifier les associations significatives entre différentes variables, le test du khi-2 de Pearson ayant été utilisé et le seuil de signification ayant été fixé à 0.05.

Ainsi, les analyses bivariées ont permis d'identifier des associations significatives positives entre le sexe (femmes), l'âge (les plus jeunes), le type de pratique (clinique jeunesse) et le volume d'adolescents vus par semaine. Les trois variables (âge, sexe et type de pratique) ont été introduits dans un modèle final de régression logistique ce qui a permis de constater que la seule variable pour laquelle on trouve une différence significative concernant le volume de la clientèle adolescente des omnipraticiens est le type de pratique.

La même procédure d'analyses des données a été reprise pour la fréquence de consultation pour un problème de santé mentale. Les analyses bivariées ont démontré une association positive significative entre la fréquence de consultation pour un problème de santé mentale et le sexe (femmes), l'âge (les plus jeunes) et le type de pratique (clinique jeunesse et CLSC) et évidemment le volume d'adolescents vus par semaine. En introduisant ces variables dans un modèle de régression logistique, on constate que le type de pratique (clinique jeunesse, CLSC) demeure significativement associé même lorsque l'on contrôle pour le volume d'adolescents vus par semaine, et l'on note également une association significative pour l'âge (les plus jeunes) même lorsqu'on contrôle pour le type de pratique.

De la même manière, les analyses bivariées ont permis de mettre en évidence que le nombre total d'adolescents référés a été associé positivement à l'âge (les plus jeunes), le sexe (les femmes), le type de pratique (clinique jeunesse) et la fréquence de consultation pour un problème de santé mentale par les adolescents. La taille de la localité (la plus faible population) de pratique de l'omnipraticien était associé à un nombre total de référence plus faible. Ces variables (âge, sexe, type de pratique, fréquence de consultation pour un problème de santé mentale et taille de la localité de pratique) ont été introduits dans un modèle de régression linéaire. L'analyse de régression linéaire a ainsi permis de démontrer que le type de pratique demeure significativement associé au nombre total d'adolescents référés même lorsqu'on tient compte de la fréquence d'adolescents vus pour un problème de santé mentale. Par contre, le sexe et l'âge ne sont

plus significatifs lorsque l'on contrôle pour le type de pratique. La taille de la localité demeure associée de manière significative au nombre total de références.

ARTICLE 1

ARE GENERAL PRACTITIONERS RECOGNIZING MENTAL HEALTH NEEDS OF ADOLESCENTS?

Brigitte Maheux, MD, PhD

Andrée Gilbert, MD

Jean-Yves Frappier, MD, FRCP(C)

Nancy Haley, MD, FRCP(C)

*This manuscript was submitted to Canadian Medical Association Journal,
December 8, 2003*

Abstract

Background: Mental health problems are significant causes of morbidity and mortality among adolescents. General practitioners, in view of their training and their front-line position in the health care network, can play an important role in screening for these problems. The goal of this study was to evaluate how often general practitioners in private practice and CLSCs in Quebec see adolescents presenting with problems related to mental health.

Methods: Data was collected through an anonymous mail survey conducted in 2000-2001 among two samples of general practitioners in active practice in Quebec. The first group was composed of 749 general practitioners randomly selected among physicians in private clinics; the second consisted of all 358 general practitioners who practice primarily in CLSCs, including physicians working in CLSC youth clinics. The response rate was 70%. The frequency at which physicians saw adolescents, during the last year or since they started their practice, was measured for various mental health problems such as depression and suicidal ideation, behavioural disorders, substance abuse, attempted suicide, or suicide.

Results: In all, 11% of physicians in private practice and 36% of those in CLSC youth clinics reported seeing adolescents with mental health problems at least weekly. A large proportion of private practice physicians reported not seeing any adolescents for depression and suicidal ideation (22%), behavioural disorders (23.5%) or substance abuse (32.7%) during the last year. Almost 85% of general practitioners had seen, during their career, an adolescent who had attempted suicide and close to 30% had known an adolescent patient who had committed suicide.

Interpretation: The fact that a large proportion of physicians in private clinics reported not seeing any adolescents for depression, behavioural disorders or substance abuse during the last year suggests that adolescent mental health problems may be under-detected in this health care setting. Screening for adolescent mental health problems seems to vary substantially according to practice setting.

Introduction

Adolescence is a dynamic phase in human development characterized by numerous biological, psychological, and social changes. This period is particularly challenging because of the need for youth to adapt to many different changes occurring over a short period of time. Although many adolescents pass through this period successfully, it is estimated that approximately 10% to 25% of them experience significant mental distress.¹⁻⁵ Mental health problems in adolescents cause significant morbidity in many spheres of their lives and is associated with school failure, risky sexual and substance use behaviours, as well as social disaffiliation.⁶⁻¹⁰

Some mental health problems may lead to tragic consequences, including suicide¹⁰⁻¹³. Research has confirmed that close to 90% of young people who commit suicide suffered from a mental health problem.¹¹⁻¹⁴ Quebec has one of the highest rates of suicides among 15- to 19-year-olds in industrialised countries.¹⁵ In 1999, the rate of suicide per 100,000 in this age group was 34.4 among boys and 8.0 among girls compared to 19.3 and 4.8 respectively in Canada.¹⁶ Several studies show that a significant proportion of youth who had mental health problems during adolescence, such as depression or an anxiety disorder, will have another episode in ensuing years.^{7,8,10,17} Furthermore, adolescence is often a time during which the first signs of severe psychiatric illness such as schizophrenia may appear.

General practitioners are increasingly perceived as health professionals with an important role in the detection and identification of mental illness. As well they can take an active part in the treatment, management or referral to other resources of adolescents struggling with such problems. In 1999 the Collège des médecins du Québec released a position paper which emphasised the responsibility of family physicians regarding this matter and their accountability for continuity of care.¹⁸ General practitioners have certain opportunities that place them at the forefront in providing mental health care. Their role as front-line workers facilitates a youth's access to their services. A large

majority of adolescents consult a general practitioner at least once a year for various problems, some of which may be psychosomatic. Since their role is one of evaluating global health and they are consultants for both physical and emotional problems, the subject of mental health can be readily included in a general assessment. As well, when an adolescent approaches a general practitioner about a mental health issue, he may feel less stigmatization than when consulting a mental health specialist specifically.

Recently, several studies have documented that physicians tend to underdiagnose and undertreat adolescents suffering from mental health problems.^{4,5,19-21} It is estimated that physicians identify less than one third of adolescents presenting with problems of this nature. Detection of mental health problems is an important first step in decreasing the significant morbidity and mortality associated with adolescent psychopathology. Timely detection may then lead to appropriate follow-up and treatment. It has been estimated that 50% to 80% of adolescents suffering from a mental illness do not receive the care they need.^{4,5,11, 21-23} Although many questions remain unanswered in the field of adolescent mental health, current research shows that pharmacological treatments and psychotherapeutic approaches for several types of mental illnesses can work well during adolescence²³⁻²⁸.

To date no research has been undertaken in Quebec to assess the medical practices of general practitioners in the field of adolescent mental health. Since the early 1970s, there have been two types of general medical care networks in Quebec: the traditional one characterized by private practice remunerated on a fee-for-service basis and the CLSC network comprising 15% of general practitioners and characterized by salaried practice within local community service centers. Although medical care in both network is covered by the Quebec Health Insurance Plan, CLSCs differ from private medical clinics in that they provide not only health services (curative and preventive) but free social services as well, with professionals working in multidisciplinary teams. Several studies have shown that medical practice is influenced by the model of practice, especially in the field of mental health where medical interventions must link with psychosocial services.²⁹⁻³² We conducted a study on mental health problems in adolescents and the

practice of general practitioners. The goal of the present paper is to document the degree to which general practitioners that work in private practice and CLSCs in Quebec see adolescents with mental health problems.

Methods

This survey of general practitioners in Quebec was conducted in 2000-01. The sample was selected based on data from the computerized file of the Collège des médecins du Québec. The study population included French speaking general practitioners in active medical practice in Quebec who obtained their licence to practise medicine after 1969.

Two samples were taken from this population based on physicians' type of practice. A first sample of 749 physicians was selected randomly from among 5682 physicians exclusively in private practice. Of these, 70 were excluded because they were not eligible and 7 could not be reached because of a wrong address. The total number of private practice physicians in the study was thus reduced to 672. The second sample included physicians for whom at least 65% of their clinical practice was in CLSCs. Altogether, 358 physicians were in this category. Fourteen of these physicians were excluded because we were unable to reach them (6) or they were not eligible (8), reducing the total to 344.

Data was collected anonymously, using a mail questionnaire. To ensure a high rate of response, three follow-up letters were sent to non respondents. To avoid contacting participants, who had already answered, respondents were asked to return separately the completed questionnaire and a pre-addressed card on which their name and identification number appeared. Of the 1016 eligible physicians who were reached, 707 returned a completed questionnaire, for a response rate of 69,6%.

The survey questionnaire developed for the study included about 75 closed questions, mostly on the physician's practice in mental health with adolescents. The adolescent clientele was defined as youth aged 12 to 17 inclusively. Measurements used to estimate

the size of the adolescent clientele were: 1) number of adolescents seen on average per week over the last year; 2) frequency of adolescent consultations about different physical and mental health conditions during the last year; and 3) number of adolescent patients seen for less common problems such as suicide attempts, anorexia nervosa and sexual abuse, since the physician started practising. The questionnaire was pre-tested with general practitioners for clarity and pertinence.

For the purposes of this analysis, respondents were divided into three groups according to the type of practice: physicians in private practice (n = 414), physicians in CLSCs in general medical clinics who do not work in youth clinics (n = 173), and physicians in CLSCs who work in youth clinics (n = 110). Pearson's chi-square test was used to determine if frequency of consultations by adolescents varied according to the general practitioners' type of practice.

Results

CHARACTERISTICS OF RESPONDENTS

The sociodemographic profile of respondents differs by type of practice (Table 1). Physicians from CLSCs were more often women and were almost 4 years younger than their colleagues in private practice. Over 80% of physicians working in youth clinics were women compared with 40% in private practice. Among CLSC physicians not working in youth clinics, a greater proportion practiced in remote areas with populations of less than 5000. The sociodemographic characteristics of physicians were not retained as control variables in subsequent analyses since none of these variables influenced significantly the frequency of adolescent consultations for mental health.

ADOLESCENT MEDICAL CONSULTATIONS

Most general practitioners saw at least two adolescents a week (Table 2). Almost one third of private practice physicians reported seeing 10 adolescents or more per week; this

proportion increased to 80% for physicians working in CLSC youth clinics. One hundred four respondents who reported seeing one adolescent or less per week over the last 12 months were excluded from subsequent analyses.

Table 3 shows the proportion of general practitioners who reported seeing adolescents with various conditions at least every week. Among the five categories of medical conditions studied, the most frequently reported reasons for adolescent consultation were contraception or issues related to sexuality, infections other than sexually transmitted infections (STI), and trauma. Next in frequency were non-specific and possibly psychosomatic related complaints and, finally specific mental health problems. Little difference was noted according to physicians' type of practice regarding the proportion of doctors that had been consulted for trauma and infections other than sexually transmitted infections. However, physicians in youth clinics saw adolescents more often for contraception or other reasons related to sexuality. Moreover, twice as many of these physicians saw adolescents for consultations possibly related to psychosomatic symptoms such as headaches, abdominal pain or fatigue. Similarly there was a higher proportion of youth clinic physicians who reported seeing at least weekly adolescents with mental health problems.

ADOLESCENT MEDICAL CONSULTATIONS FOR MENTAL HEALTH PROBLEMS

The majority of general practitioners reported seeing adolescents with mental health problems; the conditions seen by the greatest proportion of these family physicians were anxiety, problems with parents or friends, or problems at school (table 4). The number of medical consultations for mental health problems among adolescent patients differed significantly depending on the type of practice; it is higher among physicians working in CLSC youth clinics and much lower among those in private practice. A greater proportion of general practitioners working in youth clinics saw at least weekly adolescents with all types of mental health problems studied. Differences persist when we restricted our analyses to physicians who reported seeing ten adolescents and more each week (table 5).

A substantial number of physicians, especially in private practice, reported not having seen in consultation any adolescents with the various mental health problems during the last 12 months. For example, over 10% of physicians in private practice said they had not seen any adolescents with anxiety, or problems with parents, friends or school (table 4). This proportion increased to approximately 25% for depression, suicidal ideation and behavioural problems, and to over 30% for problems related to drug or alcohol consumption. If we look at physicians who regularly saw 10 adolescents and more per week (table 5) in their practice, we note that the proportion who reported seeing no adolescents during the last year remains high for behaviour problems (11.8%), depression or suicidal ideation (15.6%), and substance abuse (22.2%). Finally, analyses of physicians who saw adolescents every week coming in for non-specific and possibly psychosomatic complaints revealed that in private practice, 1 out of 10 physicians reported not having seen any adolescents struggling with depression, suicidal ideation, substance abuse or behavioural problems during the last year (data not shown).

Table 6 groups together data on the number of adolescents with conditions associated with mental health problems that physicians have seen since they started their practice. The average number of adolescents seen was calculated for a period of two years to take into account the small numbers of adolescents presenting with these conditions. Nearly 80% of physicians had been practising for more than 10 years. Since starting their practice, depending on practice type, between 18% and 33% of physicians reported having had at least one adolescent patient who committed suicide and four out of five GPs have seen at least one adolescent for a suicide attempt. A higher proportion of private practice physicians had adolescent patients who committed suicide. More physicians in youth clinics have had, among their patients, cases of attempted suicide, anorexia, or sexual abuse. Since they started practising, a substantial proportion of physicians not working in youth clinics, have never seen any adolescent patient with anorexia (13.4% to 16.9%) or sexual abuse (21.8% to 26.6%).

Discussion

This study confirms that general practitioners are consulted by adolescents ; almost one third of general practitioners in private clinics state seeing over 10 adolescents per week. Given that CLSC youth clinics are adolescent oriented, it is not surprising to note that over 80% of general practitioners working in these clinics see more than 10 adolescents per week. Furthermore, general practitioners play an active role in providing mental health care for adolescents since many of them see young people presenting in their clinics with various sorts of problems associated with mental health. Overall, 11% of private practice physicians and 36% of physicians working in CLSC youth clinics report seeing adolescents with mental health problems at least weekly.

Our study demonstrates that medical practice with adolescents varies according to physicians' type of practice. The proportion of physicians who report seeing adolescents facing mental health problems or related conditions is highest among physicians working in youth clinics, and lowest among physicians working in private clinics. This can be partly explained by the fact that physicians working in youth clinics saw more adolescents each week. But the difference persists when we restricted our analyses to the physicians who reported seeing ten adolescents and more each week. Two hypotheses could explain these findings.

The first hypothesis is that adolescents who consult in youth clinics are different from those presenting in private clinics; in other words that private practitioners and physicians working in youth clinics have a different case-mix with regard to adolescent mental health. The fact that over half of general practitioners in youth clinics versus only one quarter (28%) of those in private clinics also report seeing weekly in their practice adolescents with poorly defined symptoms, which may have psychosomatic origins, brings support to this hypothesis. It is possible that certain adolescents may feel more at ease in a youth-oriented clinic and therefore consult more readily for symptoms related to mental health. Also, youth clinics practitioners play an important role in sexual health care. Almost all general practitioners working in these clinics see adolescents for

problems related to sexuality weekly, unlike their colleagues in other practice settings. This gives physicians in youth clinics the opportunity of broaching wider, more delicate issues such as self-protection, substance use and sexual abuse. Furthermore often adolescents presenting with unplanned pregnancies, sexually transmitted infections and sexual violence have underlying emotional or mental health problems. As well, youth-clinic physicians are part of a multidisciplinary team, and therefore may have more referrals of adolescents suffering from mental health problems from other health professionals, especially social workers, psychologists and school nurses.

The second hypothesis is that physicians working in youth clinics are more actively screening for mental health problems. This hypothesis seems to be substantiated by the noticeably higher proportion of private clinic physicians who report never having seen any adolescents with these conditions during the last year. The fact that a greater number of adolescents with mental health problems consult in youth clinics may allow these physicians to become more aware of these issues, resulting in more routine screening for these problems. Moreover, the opportunity of working very closely with different psychosocial professionals probably facilitates the involvement of youth clinic physicians in adolescent mental health.

A high proportion of general practitioners in private clinics reported not seeing any adolescents with depression and suicidal ideation (22%), behavioural disorders (23.5%), or substance abuse (32.7%) during the last 12 months. This proportion is high even among physicians who see a significant number of adolescents weekly or adolescents presenting with complaints that could be of a psychosomatic nature. These results are somewhat surprising given epidemiological data on mental health problems in adolescents that estimate between 5% and 10% the 6 month or 1-year prevalence for depression,^{2,33,34} behavior problems^{2,35,36} and suicidal ideation.^{1,14} Moreover a Quebec survey of secondary school students revealed that 13% of fourteen years old students drink alcohol every week, 22% of students who consume alcohol drink heavily and repeatedly, and 15% of students smoke marijuana weekly.³⁷ This survey of physicians' practices suggests probable under-detection of adolescent mental health problems by

private practice general practitioners, which is the most common practice setting in Quebec. This under-detection is concerning since depression, conduct disorders, and substance abuse are the three conditions most often identified retrospectively among adolescents who have committed suicide.¹¹⁻¹³

Estimates of the frequency at which adolescents consult general practitioners, as reported in our study, are likely to be valid. The indicators were pre-tested with general practitioners for their clarity. To reduce recall errors, questions generally referred to recent practices. A pro-active recall system was developed to achieve a high response rate. Finally the questionnaire was administered anonymously to minimise the effect of social desirability. The anonymous nature of the questionnaire made it impossible to verify whether respondents differed from non-respondents. Nonetheless, the comparison between early and late respondents did not indicate significant differences for any of the variables, namely those related to frequency of adolescent mental health consultations. Results apply to general practitioners with an active practice in Quebec and whose type of practice met specific criteria. However, we do not think that these results would be different elsewhere in Canada, particularly for general practitioners in private practice, since medical training, and service organisation are similar.

According to epidemiological data, mental health problems cause significant morbidity and mortality among adolescents. Due to their front-line position in the health care system, general practitioners have an important role to play in screening adolescents for mental health problems. This study shows that general practitioners are readily consulted by adolescents. Yet conditions such as depression, behavioural disorders and substance abuse tend to be under-diagnosed by general practitioners, namely those practicing in private clinics which is the most common primary care practice setting in Quebec. Improving adolescent mental health screening by general practitioners is an important first step in reducing morbidity and mortality among our adolescents.

Contributors

Dr. Maheux was involved in all aspects of the study. Drs Gilbert and Haley participated in the analysis and interpretation of results and were involved in the writing of the manuscript. Dr. Frappier contributed to the study's conception and design, acquisition of data, and interpretation of results. All authors reviewed and approved the final version of the manuscript.

Acknowledgements

We thank David Blasco, André Malo and Loraine Trudeau for their assistance in data collection and data processing, Michèle Rivard for her collaboration in data analysis as well as all the physicians who participated in the survey. This study was funded by the Collège des médecins du Québec and l'Assurance Vie Desjardins-Laurentienne.

References

1. Breton J-J, Légaré G, Laverdure J, D'Amours Y. Santé mentale. In : *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois, 1999*. Québec : Institut de la statistique du Québec; 2002. p. 433-450.
2. Romano E, Tremblay RE, Vitaro F, Zoccolillo M, Pagani L. Prevalence of psychiatric diagnoses and the role of perceived impairment: findings from an adolescent community sample. *J Child Psychol Psychiatr* 2001; 42:451-461.
3. Breton J-J, Bergeron L, Valla J-P, Berthiaume C, Gaudet N, Lambert J, St-Georges M, Houde L, Lépine S. Quebec Child Mental Health Survey: prevalence of DSM-III-R mental health disorders. *J Child Psychol Psychiatr* 1999; 40:375-384.
4. Post D, Carr C, Weigand J. Teenagers: mental health and psychological issues. *Primary Care* 1998; 25:181-192.
5. Richardson LA, Keller AM, Selby-Harrington ML, Parrish R. Identification and treatment of children's mental health problems by primary care providers: a critical review of research. *Archives of Psychiatric Nursing* 1996; X:293-303.
6. Lewinsohn, PM, Rohde P, Seeley JR. Adolescent psychopathology: III. The clinical consequences of comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 510-519.
7. Fleming JE, Boyle MH, Offord DR. The outcome of adolescent depression in the Ontario Child Health Study Follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32 : 28-33.
8. Fergusson DM, Woodward LJ. Mental health, educational, and social role outcomes of adolescents with depression. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59 :225-231.
9. Kessler RC, Berglund PA, Foster CL, Saunders WB, Stang PE, & Walters EE. Social consequences of psychiatric disorders, II: teenage parenthood. *Am J Psychiatry* 1997; 154 :1405-1411.
10. Weissman MM, Wolk S, Goldstein RB, Moreau D, Adams P, Greenwald S, Klier CM, Ryan ND, Dahl RE, Wickramaratne P. Depressed adolescents grown up. *JAMA* 1999; 281:1707-1713.

11. Breton J-J, Boyer R. La prévention du suicide. In: *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Les problèmes internalisés*. Québec : Presses de l'Université du Québec; 2000. p. 271-304.
12. Flisher AJ. Annotation: mood disorder in suicidal children and adolescents: recent developments. *J Child Psychol Psychiatr* 1999; 40:315-324.
13. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, Flory M. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53:339-348.
14. Boyer R, St-Laurent D, Prévaille M, Légaré G, Massé R, Poulin C. Idées suicidaires et parasuicides. In: *Enquête sociale et de santé, 1998*. Québec : Institut de la statistique du Québec; 2001. p. 355-367.
15. WHO. WHO mortality database, 2003. Available at:
<http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=whosis,mort&language=english>
Accessed July 15, 2003
16. Statistics Canada. Suicides: Age-specific death rates, Canada and the provinces. 2003.
17. Fombonne E, Wostear G, Cooper V., Harrington, R, Rutter, M. The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression: I. Psychiatric outcomes in adulthood. *Br J Psychiatry* 2001; 179 : 210-217.
18. Direction générale du Collège des médecins du Québec. Énoncé de position: accessibilité aux soins médicaux et psychiatriques pour la clientèle adolescente: Collège des médecins du Québec; 1999. p. 1-11.
19. Kramer T, Garralda ME. Psychiatric disorders in adolescents in primary care. *Br J of Psychiatry* 1998; 173:508-513.
20. Rey C, Michaud PA, Narring F, Ferron C. Les conduites suicidaires chez les adolescents en Suisse: le rôle des médecins. *Arch Pédiatr* 1997; 4:784-792.
21. Wells KB, Kataoka SH, Asarnow JR. Affective disorders in children and adolescents: addressing unmet need in primary care settings. *Soc Biol Psychiatry* 2001; 49 :1111-1120.

22. Offord DR, Boyle MH, Szatmari P, Rae-Grant NI, Links PS, Cadman DT, Byles JA, Crawford JW, Blum HM, Byrne C, Thomas H, Woodward CA. Ontario Child Health Study: II. Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44:832-836.
23. Weisz JR, Jensen PS. Efficacy and effectiveness of child and adolescent psychotherapy and pharmacology. *Mental Health Services Research* 1999; 1:125-157.
24. Pearsall DF. Psychotherapy outcome research in child psychiatric disorders. *Can J Psychiatry* 1997; 42:595-601.
25. Hoagwood K, Burns BJ, Kiser L, Ringeisen H, Schoenwald SK. Evidence-based practice in child and adolescent mental health services. *Psychiatric Services* 2001; 52:1179-1189.
26. Ambrosini PJ. A review of pharmacotherapy of major depression in children and adolescents. *Psychiatric Services* 2000; 51:627-633.
27. Michael KD, Crowley SL. How effective are treatments for child and adolescent depression? A meta-analytic review. *Clin Psychol Review* 2002; 22:247-269.
28. Moretti MM, Emmrys C, Grizenko N, Holland R, Moore K, Shamsie J, Hamilton H. The treatment of conduct disorder: perspectives from across Canada. *Can J Psychiatry* 1997; 42:637-648.
29. Blum RW, Beuhring T, Wunderlich M, Resnick MD. Don't ask, they won't tell: the quality of adolescent health screening in five practice settings. *Am J Public Health* 1996; 86:1767-1772.
30. Olson AL, Kelleher KJ, Kemper KJ, Zuckerman BS, Hammond CS, Dietrich AJ. Primary care pediatricians' roles and perceived responsibilities in the identification and management of depression in children and adolescents. *Ambulatory Pediatrics* 2001; 1:91-98.
31. Rushton JL, Clark SJ, Freed GL. Primary care role in the management of childhood depression: a comparison of pediatricians and family physicians. *Pediatrics* 2000; 105:957-962.

32. William JW, Rost K, Dietrich AJ, Ciotti MC, Zyzanski SJ, Cornell J. Primary care physicians' approach to depressive disorders: effects of physician specialty and practice structure. *Arch Fam Med* 1999; 8:58-67.
33. Cairney J. Gender differences in the prevalence of depression among canadian adolescents. *Can J Public Health* 1998; 89:181-182.
34. Shugart MA, Lopez EM. Depression in children and adolescents. *Postgrad Med* 2002; 112:53-61.
35. Werry JS. Severe conduct disorder-Some key issues. *Can J Psychiatry* 1997; 42 : 577-583.
36. Loeber R, Burke JD, Lahey BB, Winters A, Zera M. Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, part I. *J Am Acad Child Psychiatry* 2000; 39: 1468-1484.
37. Guyon L, Desjardins L. La consommation d'alcool et de drogues. In : *L'alcool, les drogues, le jeu: les jeunes sont-ils preneurs? Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2000*, volume 2. Québec: Institut de la statistique du Québec; 2002 . p. 35-66.

TABLE 1: Sociodemographic characteristics of respondents, Quebec 2000-01, n=699

Sociodemographic characteristics	Private practice n=414	CLSC Practice n=176	Youth clinic practice n=109	P value
Female (%)	39.9	58.0	82.6	<.001
Age (%)				
25 to 34 years	7.5	23.4	18.3	
35 to 44 years	49.0	44.0	55.8	<.001
45 to 54 years	35.3	27.5	26.0	
55 years and over	8.3	4.7	0	
Average age (years)	44.0	40.5	40.4	<.001
Size of practice location (%)				
Less than 5000 pop.	10.7	23.4	10.2	
5000 -25000 pop.	25.5	30.9	25.0	<.001
Over 25000 pop.	63.7	45.7	64.8	
Region of practice (%)				
Large urban centres	38.8	33.0	32.7	
Small towns or cities	51.8	49.4	53.6	.06
Remote areas	9.4	17.6	13.6	

TABLE 2: Proportion of general practitioners according to number of adolescents seen per week during the last year and type of practice, Québec 2000-01, n= 697

Average number of adolescents seen per week	Private Practice n = 414 %	CLSC Practice n = 173 %	Youth Clinic Practice n = 110 %	p value
1 or less	16.4	14.5	0.9	
2 to 9	52.7	63.0	19.1	<.001
10 or more	30.9	22.5	80.0	

TABLE 3: Proportion of general practitioners who have seen adolescents in consultation for various health problems at least weekly during the last year, by type of practice, Québec 2000-01, N = 591*

Health problems	Private Practice n = 340 %	CLSC Practice n = 148 %	Youth Clinic Practice n = 108 %	p value
Contraception, conditions related to sexuality	58.5	68.2	97.2	<.001
Infections other than STI	45.4	51.0	58.9	.05
Trauma	34.4	36.7	26.0	.25
Headaches, abdominal pain, fatigue	25.7	22.4	57.0	<.001
Mental health	10.8	6.8	36.1	<.001

* General practitioners who reported having seen two adolescents or more per week during the last year.

TABLE 4: Proportion of general practitioners who have seen over the last year adolescents for mental health problems, by frequency of consultation and type of practice, Quebec 2000-01, n= 596*

Mental health problems	Private Practice n=340 %	CLSC Practice n=148 %	Youth Clinic Practice n=108 %	p value
Anxiety				
At least every week	9.3	2.7	25.2	
Sometimes/each month	80.2	95.9	72.0	<.001
Never	10.5	1.4	2.8	
Problems with parents, friends or school				
At least every week	4.9	2.0	15.9	
Sometimes/each month	80.6	92.5	79.4	<.001
Never	14.5	5.4	4.7	
Depression, suicidal ideation				
At least every week	3.5	1.4	15.0	
Sometimes/each month	74.5	90.5	81.3	<.001
Never	22.0	8.2	3.7	
Behavioral problem, personality disorder				
At least every week	4.7	0.7	9.3	
Sometimes/each month	71.8	83.0	85.0	<.001
Never	23.5	16.3	5.6	
Alcohol or drug abuse				
At least every week	4.1	2.7	17.0	
Sometimes/each month	63.3	79.6	76.4	<.001
Never	32.7	17.7	6.6	

* *General practitioners who reported having seen two adolescents or more per week during the last year.*

TABLE 5: Proportion of general practitioners who have seen over the last year adolescents for mental health problems, by frequency of consultation and type of practice, Quebec 2000-01, n= 249*

Mental health problems	Private Practice n=126 %	CLSC Practice n=38 %	Youth Clinic Practice n=85 %	p value
Anxiety				
At least every week	13.3	7.9	27.9	
Sometimes/each month	82.0	92.1	69.8	.01
Never	4.7	0	2.3	
Problems with parents, friends or school				
At least every week	4.7	5.3	18.6	
Sometimes/each month	89.1	92.1	79.1	.007
Never	6.3	2.6	2.3	
Depression, suicidal ideation				
At least every week	4.7	2.6	17.4	
Sometimes/each month	79.7	94.7	79.1	<.001
Never	15.6	2.6	3.5	
Behavioral problem, personality disorder				
At least every week	4.7	2.6	11.6	
Sometimes/each month	83.5	92.1	86.0	.02
Never	11.8	5.3	2.3	
Alcohol or drug abuse				
At least every week	5.6	0	21.2	
Sometimes/each month	72.2	94.7	75.3	<.001
Never	22.2	5.3	3.5	

**General practitioners who reported having seen 10 or more adolescents or more per week in the last 12 months*

TABLE 6: Proportion of general practitioners who, since they started their practice, have seen adolescents with conditions associated with mental health problems, by type of practice, Quebec 2000-01, N = 569*

Average number of adolescents seen over a period of two years	Private Practice n=328 %	CLSC Practice n=142 %	Youth Clinic Practice n=99 %	p value
Suicide				
None	66.6	81.9	76.9	.004
Less than 1 in 2 years	29.3	14.6	22.1	
At least 1 in 2 years	4.2	3.5	1.0	
Suicide attempts				
None	16.8	21.8	15.2	.006
Less than 1 in 2 years	51.8	52.8	37.4	
At least 1 in 2 years	31.4	25.4	47.5	
Anorexia				
None	13.4	16.9	2.0	<.001
Less than 1 in 2 years	69.2	61.3	49.5	
At least 1 in 2 years	17.4	21.8	48.5	
Sexual abuse				
None	26.6	21.8	6.8	<.001
Less than 1 in 2 years	60.8	56.3	46.6	
At least 1 in 2 years	12.6	21.8	46.6	
Physical assault				
None	28.2	31.9	22.3	.29
Less than 1 in 2 years	52.7	47.5	50.5	
At least 1 in 2 years	19.1	20.6	27.2	
School phobia				
None	29.6	29.1	23.0	.21
Less than 1 in 2 years	54.6	51.1	51.0	
At least 1 in 2 years	15.9	19.9	26.0	

*General practitioners who reported having seen two adolescents or more per week in the last 12 months

ARTICLE 2

**CARING FOR YOUTH WITH MENTAL HEALTH PROBLEMS:
COMMUNICATION AND REFERRAL PRACTICES
OF GENERAL PRACTITIONERS**

Brigitte Maheux, MD, PhD,

Andrée Gilbert, MD

Nancy Haley, MD, FRCP(C)

Jean-Yves Frappier, MD, FRCP(C)

(This manuscript was first submitted to CMAJ December 8, 2003)

Abstract

Background: Mental health problems are a significant cause of morbidity and mortality among youth. As entry points into the health care network, general practitioners play a key role in assessing adolescents with mental health problems and in facilitating access to specialized mental health services. The present study sought to document with whom general practitioners communicate when evaluating an adolescent with a possible mental health problem and to whom they refer these adolescents. We also examined general practitioners' knowledge and perceived accessibility of mental health services in their communities.

Methods: Data come from a larger survey conducted in 2000-2001 with 707 Quebec general practitioners. Analyses were conducted on a subset of 255 general practitioners, 128 in private practice and 127 in public community health centers (CLSCs), who reported seeing 10 adolescents or more per week. Physicians were asked about their communication and referral practices during the last year when caring for youth with mental health problems. Among other considerations, we examined whether they communicated with parents and teachers to complete their evaluations of youth and whether they referred some of their adolescent patients to local and regional mental health services.

Results: Irrespective of practice type, about 25% of the general practitioners reported never communicating with the parents of their adolescent patients, even when they presented with conditions such as depression or suicidal ideation. General practitioners, especially those in private practice, seem to make minimal use of community mental health services. Over 10% had not referred any patients to mental health services in the last year and more than one-third had not referred any adolescent to a CLSC. Among general practitioners, awareness of the mental health services available in the community was limited mainly to services offered by CLSCs. Irrespective of practice type, physicians perceived CLSCs as the most accessible mental health service and child psychiatrists as the least accessible.

Interpretation: This study suggests that general practitioners' communication and referral practices for adolescents with mental health problems are limited. Many adolescents who face mental health difficulties may not be evaluated appropriately when they consult a physician and may not be referred to suitable mental health services. It is hoped that all those involved in adolescent care can work together more effectively for the well-being of our youth.

Key Words: general practitioners, mental health, primary health care, adolescents, practices, referrals, community resources, private practice

Introduction

Mental health problems are a significant cause of morbidity and mortality among youth. During adolescence, between 10% to 25% of adolescents will experience mental health problems such as anxiety, depression or conduct disorders.¹⁻⁵ In industrialized countries, suicide is among the leading cause of death among youth.⁶⁻⁸ The frequency of suicide among youth is particularly alarming in Quebec, with 34.4 suicides per 100 000 boys compared with 19.3 in Canada.⁹ The high prevalence of mental health problems during adolescence and the potential for serious consequences are strong arguments for early detection and appropriate management of mental problems among youth.^{4,5,10,11}

It is generally recognized that the assessment and management of a youth with a mental health problem requires the collaboration of several persons, including parents, teachers, primary care physicians and, when necessary, mental health professionals.^{4,12-14} As entry points into the health care network, general practitioners play a crucial role in establishing communication and facilitating access to specialized mental health services.^{5,15-16} American and British studies indicate that collaborative work is often minimal and that referrals to mental health professionals are generally low in general practice.¹⁷⁻²⁰ Little is known, however, about the practices of primary care physicians in Canada.

For collaborative work to take place, physicians need to know what mental health services are available in their communities and whether these services are easily accessible. In Quebec at the local level these resources include CLSCs which are public community health centers that group together various health professionals such as physicians, nurses, social workers and psychologists; most CLSCs offer services specifically designed for adolescents through youth clinics. Other local resources include private psychologists (if parents can pay) and community groups such as telephone help lines and local youth groups. Regionally, general practitioners can obtain help from hospital child psychiatry services or youth protection agencies, if an adolescent's safety or development is threatened.

The present study sought to document with whom general practitioners communicate when evaluating an adolescent with a possible mental health problem and to whom they refer these adolescents. We also examined general practitioners' knowledge and perceived accessibility of mental health services in their community.

Methods

Data for the present paper come from an anonymous mail survey of Quebec general practitioners (GPs) aimed at documenting physicians' adolescent clientele, perceived competences, collaborative practices and training needs in the field of adolescent mental health. The study population included French speaking GPs in active medical practice in Quebec who obtained their licences to practise medicine after 1969. The survey was conducted in 2000-2001 on two samples of general practitioners drawn from the computerized file of the Collège des médecins du Québec. A first sample of 749 physicians was selected randomly from among 5682 physicians exclusively in private practice. Of these, 77 were excluded because they were not eligible, could not be reached because of a wrong address, or did not see adolescents in their practice. The second sample included physicians for whom at least 65% of their clinical practice was in CLSCs. Altogether, 358 physicians were in this category. Twelve of these physicians were excluded because we were unable to reach them or they were not eligible. After four mailings, 707 of 1016 eligible physicians who were reached returned a completed questionnaire, for a response rate of 69.6%.

To control for volume of adolescent care, analyses for the present paper were performed on the 253 general practitioners who reported seeing at least 10 adolescents per week during their last twelve months of practice. We specifically examined : 1) if during the last year physicians had sought the collaboration of parents, a teacher, a school nurse, CLSC professionals or a youth protection worker to complete the evaluation of a youth presenting a possible mental health problem; 2) the number of adolescents that physicians had referred to CLSC mental health professionals, private practice

psychologists, child psychiatry, youth protection agencies or community groups during the last year and whether during that period the physician helped arrange an appointment with these resources for an adolescent with a mental health problem; and 3) physicians' knowledge of mental health services in their region and whether they perceived these services as easily accessible. All measures were taken from physicians' answers to close-ended questions pre-tested for their clarity and pertinence.

To facilitate interpretation of findings, CLSC physicians were divided in two groups: those in general CLSC practice and those in youth clinic practice. Overall three groups of general practitioners were thus surveyed: those in private practice (n = 128), those in CLSC general practice (n = 39) and those in youth clinic practice (n = 86).

Results

The sociodemographic profile of respondents differed by type of practice (Table 1). Compared to their colleagues in private practice, CLSC physicians were younger, were more often women, and were somewhat more likely to practice in remote areas. These differences, however, were not retained as control variables in subsequent analyses since none of these variables influenced significantly the variables under study.

COMMUNICATION WITH PARENTS, SCHOOL, AND MENTAL HEALTH PROFESSIONALS

Irrespective of practice type, about one out of four physicians did not contact, during the last year, the parents of any adolescent they were evaluating for mental health problems (Table 2). Similarly about 25% of physicians had not communicated with parents for any of the last five adolescent patients they had seen with symptoms of depression or suicidal ideation, or for attempted suicide. Among practitioners who reported seeing adolescents with mental health problems at least weekly, 10% to 15% had not contacted any of their patients' parents during the last year (data not shown).

The extent to which physicians reported communicating with school staff and mental health professionals varied significantly by type of practice (Table 3). Private

practitioners were less likely than their colleagues in CLSC practice to have established contacts at least once during the last year with a school nurse, a teacher or a mental health professional for relevant information when evaluating an adolescent with a possible mental health problem (Table 3).

REFERRALS TO MENTAL HEALTH SERVICES

General practitioners, especially those in private practice, seem to minimally use community mental health services (Table 4). During the last year, over 10% of private practice GPs did not refer any adolescent to providers of mental health care, be they CLSCs, psychologists in private practice, child psychiatrists or youth protection agencies. CLSC physicians were more likely to refer adolescents to mental health professionals in their own institutions. More than one third of private practice generalists did not refer during the last year any adolescents to a CLSC, the principal front-line public resource in mental health. During the same period of time, however, over 75% of these physicians referred at least one adolescent to the regional child psychiatry sector, which is the resource for tertiary care in mental health. Similar results were observed when examining referrals of private practice physicians who reported seeing adolescents with mental health problems at least weekly (data not shown). Referrals to community groups were generally low among GPs in private practice and in CLSC general practice, with about 60% reporting no referrals during the last year. As for child protection agencies, between 65% to 80% of physicians had not used their services over the last year.

A higher proportion of CLSC physicians than physicians in private practice reported facilitating an adolescent's access to mental health services offered by a CLSC nurse or social worker, or by a psychologist or psychiatrist (Table 5). Private practice physicians were more likely to arrange a referral with a psychiatrist than with any other type of mental health professional.

KNOWLEDGE OF MENTAL HEALTH SERVICES

Overall, awareness of the available community mental health services is limited among general practitioners (Table 6). About half of GPs in private practice reported knowing little or nothing about the services offered by CLSCs, child psychiatrists, and private practice psychologists in their regions. This percentage increased to over 80% for services offered by community groups and youth protection agencies. Predictably, CLSC physicians reported being well informed of the mental health services offered by their institutions. However, many among them did not know much about the services offered elsewhere in their communities.

PERCEIVED ACCESSIBILITY OF MENTAL HEALTH SERVICES

Irrespective of their type of practice, physicians perceived CLSCs as the most accessible mental health service and child psychiatrists as the least accessible (Table 7). Compared to private practitioners, there was a higher percentage of CLSC physicians who felt that mental health services offered by CLSCs and community groups were fairly or very accessible. Perceptions regarding the extent to which services by private psychologists and child psychiatrists were accessible did not vary by type of practice. Little knowledge of community groups and youth protection might explain the fact that almost a third of general practitioners did not have an opinion on the accessibility to these services (data not shown).

Discussion

Our results show that general practitioners rarely communicate with significant persons in an adolescent's entourage when evaluating an adolescent with a mental health problem. Even for adolescents consulting with serious mental health problems such as symptoms of depression, suicidal ideation or suicide attempts, more than a quarter of respondents had not communicated with their parents. The dilemma faced by front-line health professionals—between the obligation to provide confidential care and the need

to obtain additional information—may partially explain why some physicians do not contact the parents. Still, we think that while the general principle of confidentiality should be respected, it would be advantageous for general practitioners to contact the parents of an adolescent with a mental health problem more frequently since parents may be able to add relevant information on family history and early childhood behaviour and experiences. This contact could also facilitate their collaboration during treatment and follow-up.

Our results also show that general practitioners, especially in private practice, rarely complete an evaluation of an adolescent with a mental health problem by contacting other significant adults involved with the youth such as a school nurse, a teacher or a social worker. In fact, the majority reported never contacting any of these sources of information during the last 12 months. It is possible that physicians consider that an adolescent with a mental health problem is able to provide all the necessary information concerning his situation and there is no need to obtain complementary information from other sources. However, adolescents, particularly those who are struggling with mental health problems, are not always able to assess their circumstances correctly or give all the information that allows physicians to make appropriate diagnoses and decide on the follow-up required. This situation suggests that many adolescents who experience mental health difficulties may not be evaluated appropriately when they consult a physician and therefore may not be directed towards suitable mental health resources.

CLSC physicians are significantly more likely than their colleagues in private practice to discuss a youth's case with other professionals. This is true for professionals working in their institutions as well as for those working in schools and youth protection agencies. Two factors may explain this difference between CLSC physicians and those in private practice. CLSC physicians traditionally have links with the school milieu since several CLSC professionals work in Quebec schools. On the other hand, the type of salaried remuneration that CLSC physicians receive may be a factor that facilitates the time-consuming task of communicating with other professionals. As for physicians in private practice, who are paid by fee-for-service, inadequate remuneration may well be an

important barrier. This factor has already been reported by physicians who provide primary care services in mental health.^{11,21-23}

Another significant finding of this research is that many physicians in private practice who regularly see adolescents appear to underutilize or misuse available mental health services. In their last twelve months of practice, over 10% of them did not refer any adolescent to local or regional mental health services, one-third did not refer any adolescent to mental health services in CLSC, and more than 60% did not refer any adolescent to a mental health community group. Given the prevalence of mental health problems among adolescents, the low number of referrals to mental health services by private GPs is hard to explain. It may be that physicians in private practice are less likely to detect a possible mental health problem, if it is present, than their colleagues in youth clinics who have developed an expertise in adolescent care. Studies indicate that mental health problems among adolescents are hard to diagnose and that many physicians under-detect these problems in their clientele.^{4,5,11,24} Another explanation is that adolescents consulting GPs in private practice present fewer mental health problems than those consulting CLSC physicians. Although there are differences in case mix according to practice type, when we restricted our analysis to physicians who see adolescents every week with mental health problems, the lower referrals to mental health services by private practice physicians could still be observed. It may also be, as suggested by our results, that GPs in private practice are less knowledgeable about the network of mental health services in their regions. A majority of them reported being poorly informed about the services available in CLSCs, the front line public resource for mental health services in Quebec. As well, they have little knowledge of services offered by other mental health professionals, such as psychologists in private practice, child psychiatrists, mental health community groups and professionals working in youth protection. It is understandable that physicians will be less likely to refer adolescents to mental health professionals if they do not know them or if these professionals are not part of their natural reference network. The lack of access to mental health services is often cited as a major barrier in delivering mental health care.^{21,23,25-29} It is probable that

this factor should be taken into consideration. Interestingly in this study, a majority of private GPs felt that mental health services in CLSC were fairly or very accessible.

Type of practice was found to have a considerable impact on physicians' referral practices. For instance, private practitioners were more likely to have referred at least one adolescent to the regional child psychiatry sector than to a CLSC, even though they perceived child psychiatrists as being less accessible than mental health services in CLSCs. This finding suggests that although knowledge and perception of accessibility influence referral practices, they are, however, not the only factors when physicians choose the service to which they will refer youth in difficulty. As with their colleagues in CLSCs and youth clinics, private practice physicians' use of the various resources can ultimately be explained by the preferential links they have developed with these resources. Some physicians may work in the same hospital as a child psychiatrist or in the same clinic as a psychologist. CLSC and youth clinic physicians prefer to refer their patients to health professionals working in the same institution. It is clear that such proximity makes it simpler to refer youth to these services, just as it is probably easier for most adolescents who see a physician in a given setting to meet with a psychosocial professional working in the same place.

The high proportion of private practice physicians who have never referred an adolescent to other mental health professionals suggests that certain barriers exist in providing multidisciplinary care. Since continuity and multidisciplinary care are the cornerstones for providing appropriate mental health services, these results address a serious problem. A number of ideas are actually being debated in Canada. One is the development of regional integrated networks of mental health care with all levels of care and services.³⁰⁻³⁶ Studies have shown that when mental health services are integrated with primary care, it increases accessibility and leads to better continuity of care and more efficient use of specialized mental health services.^{31,33} In Quebec, the recent development of family medicine groups in which nurses, social workers and other professionals work in collaboration with general practitioners is also a measure likely to foster a multidisciplinary approach in primary mental health care.

Physicians' practices documented in this study apply to general practitioners who see at least ten adolescents per week. Estimates were lower for physicians seeing adolescents infrequently in their practices. Many precautions were taken to minimize measurement errors. The wording of questions was pre-tested for clarity. To minimise recall errors, questions referred to a recent past (last twelve months of practice). The survey was anonymous to decrease social desirability bias. The anonymous nature of the questionnaire made it impossible to verify whether respondents differed from non-respondents. Nonetheless, comparisons between early and late respondents did not demonstrate significant differences for any study variables.

Conclusion

This study suggests that many adolescents who face mental health difficulties may not be evaluated appropriately when they consult a physician and may not be directed towards suitable mental health resources. These results are disturbing given the high prevalence of mental health problems among adolescents. It is hoped that barriers that hamper the integration and continuity of mental health services will be lessened in the years ahead and that all those involved in adolescent care may work together more effectively for the well-being of our youth.

Contributors

Dr. Maheux was involved in all aspects of the study. Drs Gilbert and Haley participated in the analysis and interpretation of results and were involved in the writing of the manuscript. Dr. Frappier contributed to the study's conception and design, acquisition of data, and interpretation of results. All authors reviewed and approved the final version of the manuscript.

Acknowledgements

We thank David Blasco, André Malo and Loraine Trudeau for their assistance in data collection and data processing, Michèle Rivard for her collaboration in data analysis, Sylvie Gauthier for text revision as well as all the physicians who participated in the survey. This study was funded by the Collège des médecins du Québec and l'Assurance Vie Desjardins-Laurentienne.

References

1. Romano E, Tremblay RE, Vitaro F, Zoccolillo M, Pagani L. Prevalence of psychiatric diagnoses and the role of perceived impairment: findings from an adolescent community sample. *J Child Psychol Psychiatr* 2001; 42:451-461.
2. Roberts RE, Attkisson C, Rosenblatt A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 715-725.
3. Waddell C, Offord DR, Shepherd CA, Hua JM, McEwan K. Child psychiatric epidemiology and Canadian public policy-making : the state of the science and the art of the possible. *Can J Psychiatry* 2002; 47 : 825-832.
4. Post D, Carr C, Weigand J. Teenagers: mental health and psychological issues. *Primary Care* 1998; 25:181-192.
5. Richardson LA, Keller AM, Selby-Harrington ML, Parrish R. Identification and treatment of children's mental health problems by primary care providers: a critical review of research. *Archives of Psychiatric Nursing* 1996; X:293-303.
6. Site Web de l'Organisation Mondiale de la Santé :
http://www3.who.int/whosis/mort/table1.cfm?path=whosis,mort,mort_table1&language=english Number of registered deaths, by cause, sex and age. (December 2003)
7. Breton J-J, Boyer R. La prévention du suicide. In: *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Les problèmes internalisés*. Québec : Presses de l'Université du Québec; 2000. p. 271-304.
8. Gould MS, Kramer RA. Youth suicide prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2001 ; 31 : 6-31.
9. Statistics Canada. Suicides: Age-specific death rates, Canada and the provinces. 2003.
10. Jacobson L, Churchill R, Donovan C, Garralda E, Fay J, Members of the Adolescent Working Party, RCGP. Tackling teenage turmoil: primary care recognition and management of mental ill health during adolescence. *Family Practice* 2002; 19:401-409.

11. Wells KB, Kataoka SH, Asarnow JR. Affective disorders in children and adolescents: addressing unmet need in primary care settings. *Soc Biol Psychiatry* 2001; 49:1111-1120.
12. King RA & Work Group on Quality Issues. Practice parameters for the psychiatric assessment of children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 4S-20S.
13. Hatcher-Kay C, King CA. *Depression and suicide*. Pediatrics in review 2003; 24: 363-371.
14. Kopling B, Agathen J. Suicidality in children and adolescents: a review. *Current Opinion in Pediatrics* 2002; 14: 713-717.
15. Kramer T, Garralda E. Child and adolescent mental health problems in primary care. *Advances in Psychiatric Treatment* 2000; 6:287-294.
16. Stiffman AR, Hadley-Ives E, Doré P, Polgar M, Horvath VE, Striley C, Elze D. Youth access to mental health services: the role of providers' training, resource connectivity, and assessment of need. *Mental Health Services Research* 2000; 2: 141-154.
17. Rushton J, Bruckman D, Kelleher K. Primary care referral of children with psychosocial problems. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002; 156: 592-598.
18. Garner W, Kelleher KJ, Wasserman R, Childs G, Nutting P, Lillienfeld H, Pajer K. Primary care treatment of pediatric psychosocial problems: a study from Pediatric Research in Office Settings and Ambulatory Sentinel Practice Network. *Pediatrics* 2000; 106: E44. Available at: www.pediatrics.org. Access verified May 14 2004.
19. Verhaak PF. Analysis of referrals of mental health problems by general practitioners. *Br J Gen Pract* 1993; 43: 203-208.
20. Costello EJ. Primary care pediatrics and child psychopathology: a review of diagnostic, treatment, and referral practices. *Pediatrics* 1986; 78: 1044-1051.
21. Veit FC, Sanci LA, Young DY, Bowes G. Adolescent health care : perspectives of Victorian general practitioners. *Med J Aust* 1995; 163 : 16-18.
22. Rushton JL, Clark SJ, Freed GL. Primary care role in the management of childhood depression: a comparison of pediatricians and family physicians. *Pediatrics* 2000; 105:957-962.

23. Olson AL, Kelleher KJ, Kemper KJ, Zuckerman BS, Hammond CS, Dietrich AJ. Primary care pediatricians' roles and perceived responsibilities in the identification and management of depression in children and adolescents. *Ambulatory Pediatrics* 2001; 1:91-98.
24. Kramer T, Garralda ME. Psychiatric disorders in adolescents in primary care. *Br J Psychiatry* 1998; 173:508-513.
25. Walders N, Childs GE, Comer D, Kelleher KJ, Drotar D. Barriers to mental health referral from pediatric primary care settings. *Am J Manag Care* 2003; 9: 677-683.
26. Docherty JP. Barriers to the diagnosis of depression in primary care. *J Clin Psychiatry* 1997; 58: 5-10.
27. Phillips S, Clawson L, Osinski A. Pediatricians' pet peeves about mental health referrals. *Adolescent medicine: State of the Art Reviews* 1998; 9: 243-257.
28. Trude S, Stoddard JJ. Referral gridlock: primary care physicians and mental health services. *J Gen Intern Med* 2003; 442-449.
29. Kushner K, Diamond R, Beasley JW, Mundt M, Plane MB, Robbins K. Primary care physicians' experience with mental health consultation. *Psychiatr Serv* 2001; 52: 838-840.
30. Jayabarathan A. Shared mental health care: bringing family physicians and psychiatrists together. *Can Fam Physician* 2004; 50: 341-343.
31. Kates N. Shared mental health care: the way ahead. *Can Fam Physician* 2002; 48: 853-855.
32. Farrar S, Kates N, Crustolo AM, Nikolaou L. Integrated model for mental health care: are health care providers satisfied with it? *Can Fam Physician* 2001; 47: 2483-2488.
33. Kates N, Craven M, Crustolo AM, Nikolaou L, Allen C. Integrating mental health services in primary care: a Canadian program. *Gen Hosp Psychiatry* 1997; 19: 324-332.
34. Benierakis CE. The function of the multidisciplinary team in child psychiatry-clinical and educational aspects. *Can J Psychiatry* 1995; 40: 348-353.

35. Mildred H, Brann P, Luk ES, Fisher S. Collaboration between general practitioners and a child and adolescent mental health service. *Aust Fam Physician* 2000; 29: 177-181.
36. Asarnow JR, Jaycox LH, Anderson M. Depression among youth in primary care: models for delivering mental health services. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am* 2002; 11: 477-497.

TABLE 1: Sociodemographic characteristics of respondents, by type of practice, Quebec 2000-01, n=242*

Sociodemographic characteristics	Private practice n=122	CLSC General practice n=38	CLSC Youth clinic practice n=82	p value
Female (%)	40.8	61.5	85.2	<.001
Age (%)				
25 to 34 years	9.0	31.6	17.1	
35 to 44 years	52.5	50.0	56.1	<.001
45 to 54 years	31.1	15.8	26.8	
55 years and over	7.4	2.6	0	
Mean age (years)	43.1	38.3	40.5	<.001
Region of practice (%)				
Large urban centres	38.3	28.2	29.5	
Intermediate regions	57.0	56.4	60.2	.16
Remote areas	4.7	15.4	10.2	

** General practitioners who reported seeing at least 10 adolescents or more per week during the last year*

TABLE 2: Proportion (%) of general practitioners who reported communicating with parents when evaluating an adolescent with a mental health problem, by type of practice. Quebec 2000-01, n = 249*

Measures of communication with parents	Private practice n=126 %	CLSC General practice n=37 %	CLSC Youth clinic practice n=86 %	p value
<i>Has communicated with parents when evaluating an adolescent with a mental health problem</i>				
Not ever during the last year	32.0	27.0	23.5	.40
At least once during the last year	68.0	73.0	76.5	
<i>Has communicated with parents when evaluating adolescents for depression, suicidal attempt or ideation</i>				
For none of the last 5 patients	27.9	32.4	22.1	.42
For 1 to 3 of the last 5 patients	59.8	48.7	68.6	
For 4 to 5 of the last 5 patients	12.3	18.9	9.3	

* General practitioners who reported seeing at least 10 adolescents or more per week during the last year

TABLE 3: Proportion (%) of general practitioners who reported contacting school staff or mental health professionals at least once during the last year to complete the evaluation of an adolescent with a mental health problem, by type of practice. Quebec 2000-01, n = 249*

School or mental health professionals	Private practice n=126 %	CLSC General practice n= 37 %	CLSC Youth clinic practice n=86 %	p value
CLSC physician, nurse or social worker	38.9	83.8	94.2	<.001
School nurse	15.6	44.7	80.0	<.001
Teacher or other school professional	11.7	29.7	51.8	<.001
Youth protection worker	14.8	33.3	31.0	.007

** General practitioners who reported seeing at least 10 adolescents or more per week during the last year*

TABLE 4: Proportion (%) of general practitioners who referred adolescents presenting mental health problems to mental health services during the last year, by type of practice. Quebec 2000-01, n=249*

Measures of referral practices	Private Practice n=126 %	CLSC General practice n=39 %	CLSC Youth clinic practice n=84 %	p value
<i>Global number of referrals of adolescents to mental health services¹</i>				
None	10.7	2.6	1.3	
1 to 5	32.0	44.7	15.0	<.001
More than 10	24.6	31.6	61.3	
<i>Number of specific referrals to a:</i>				
CLSC (nurse, physician, psychologist, social worker)				
None	34.1	12.8	6.0	<.001
2 or more	53.2	71.8	86.9	
Psychologist in private practice				
None	28.2	44.7	42.2	.03
2 or more	50.8	26.3	32.5	
Child psychiatrist				
None	23.8	25.6	17.6	.14
2 or more	49.2	35.9	60.0	
Community mental health groups				
None	64.3	57.9	39.0	<.001
2 or more	16.7	21.1	50.0	
Youth protection agency				
None	80.2	65.8	66.3	.06
2 or more	7.1	21.1	13.3	

* General practitioners who reported seeing 10 adolescents or more per week during the last year.

¹ Includes professionals working in CLSCs, psychologists in private practice, child psychiatrists, community mental health groups, and youth protection agencies.

TABLE 5: Proportion (%) of general practitioners who reported facilitating an appointment for an adolescent needing mental health services during the last year, by type of practice, Quebec 2000-01, n = 249*

Mental health services	Private practice n=126 %	CLSC General practice n=37 %	CLSC Youth clinic practice n= 86 %	p value
CLSC nurse or social worker	38.9	78.9	87.2	<.001
Psychiatrist	52.8	75.7	68.2	.01
Psychologist	41.7	44.4	60.2	.03
Community groups	12.7	33.3	32.1	<.001

* *General practitioners who reported seeing 10 adolescents or more per week during the last year.*

TABLE 6: Proportion (%) of general practitioners who reported being uninformed or poorly informed of mental health services in their region, by type of practice. Quebec 2000-01, n = 253*

Mental health services	Private practice n=128 %	CLSC General practice n=39 %	CLSC Youth clinic practice n=86 %	p value
CLSC	46.9	20.5	4.5	<.001
Psychologists in private practice	55.1	68.4	57.0	.34
Child psychiatrists	59.5	51.3	39.5	.02
Community groups	81.1	61.5	41.9	<.001
Youth protection	82.0	64.1	66.3	.01

* *General practitioners who reported seeing 10 adolescents or more per week during the last year.*

TABLE 7: Proportion (%) of general practitioners who perceived mental health services as being fairly or very accessible, by type of practice. Quebec 2000-01, n = 252*

Mental health services	Private practice n= 128 %	CLSC General practice n= 39 %	CLSC Youth clinic practice n= 86 %	p value
CLSC	63.8	89.7	93.2	<.001
Community groups	36.5	59.0	72.1	<.001
Psychologists in private practice	48.8	43.6	45.3	.71
Youth protection	40.8	53.8	33.7	.09
Child psychiatrists	23.0	15.5	19.8	.41

* *General practitioners who reported seeing 10 adolescents or more per week during the last year.*

DISCUSSION

L'objectif général de cette recherche était de connaître si les omnipraticiens peuvent jouer un rôle dans le domaine de la santé mentale à l'adolescence et si, de fait, ils sont déjà impliqués dans ce domaine. À la première question, on peut vraisemblablement répondre par l'affirmative puisque la majorité d'entre eux voient des adolescents en consultation. Cependant nos résultats montrent que le degré d'implication actuelle en santé adolescente, particulièrement en santé mentale, varie substantiellement selon le type de pratique. Les données présentées dans le premier article sont reprises sous forme de graphiques afin de bien illustrer ce fait (voir figures, annexe 4). Il est intéressant de noter qu'il existe très peu de différences pour le nombre d'adolescents vus par semaine (figure 1) et dans la fréquence de consultations par les adolescents pour les divers problèmes de santé (figure 2) entre les médecins en pratique privée et ceux en CLSC sans implication en clinique jeunesse. On note sensiblement la même similarité entre ces médecins, lorsque l'on regarde la proportion des omnipraticiens qui voient régulièrement des adolescents avec diverses conditions de santé mentale (figures 3 et 4).

Il semble donc que ce n'est pas tant de pratiquer en CLSC mais le fait de travailler en clinique jeunesse qui soit un facteur important en ce qui concerne la fréquence des consultations par les adolescents auprès d'un omnipraticien. Ceci laisse à penser qu'un lieu dûment identifié comme offrant des services destinés exclusivement aux adolescents, par un personnel ayant une certaine expertise dans le domaine, est un facteur déterminant en regard des consultations par les adolescents selon le type de problème de santé considéré.

De fait, les médecins en clinique jeunesse se distinguent à plusieurs points de vue de leurs collègues. Règle générale, ce sont des médecins qui voient un grand nombre d'adolescents et on peut donc penser que ce groupe d'âge représente une part importante de leur clientèle. Nous avons vu aussi qu'ils ont probablement une clientèle adolescente différente de celle de leurs collègues. De plus, les médecins en clinique jeunesse travaillent davantage en collaboration étroite avec les diverses ressources en santé mentale. D'une part, ils sont proportionnellement plus nombreux à communiquer avec

l'ensemble des intervenants pour compléter leur évaluation d'un adolescent ayant un problème de santé mentale et à référer un nombre plus grand d'adolescents aux diverses ressources. D'autre part, ils sont également proportionnellement plus nombreux à recevoir en consultation des adolescents avec un problème de santé mentale suite à la référence d'un intervenant du réseau. (Tableau 1, annexe 4). En effet, 57 % des médecins en clinique jeunesse ont rapporté avoir vu plus de cinq adolescents pour un problème de santé mentale suite à une référence d'un autre intervenant alors que seulement 8% de leurs collègues, en CLSC ou en pratique privée, ont été dans la même situation. Ainsi, il appert que les médecins en clinique jeunesse servent davantage de consultants dans le domaine de la santé mentale chez les adolescents que leurs collègues.

Ces constats sont importants puisqu'on peut penser que vraisemblablement le degré d'implication future en santé mentale adolescente sera largement modulé par ces aspects. En effet, les médecins généralistes doivent dispenser des services auprès d'une population de tous âges, et maintenir une compétence pour une diversité de problèmes tant de santé physique que psychosociale. Il est permis de croire que les médecins dont la clientèle n'est pas composée d'un nombre substantiel d'adolescents n'auront pas le même intérêt ni, dans une certaine mesure, la même nécessité, de développer une plus grande compétence en santé mentale adolescente. Cette hypothèse se confirme lorsque l'on regarde les proportions des omnipraticiens qui souhaiteraient suivre une formation plus poussée dans ce domaine. Ainsi, 67 % des médecins en clinique jeunesse en comparaison de 31 % pour ceux en pratique privée et 40 % pour les omnipraticiens en CLSC sans implication en clinique jeunesse seraient intéressés par un tel programme de formation.

Par ailleurs, il est important de constater que, globalement, une très grande partie des adolescents seront vus par un médecin généraliste qui n'a pas cette expertise en santé adolescente. Car s'il est vrai que les médecins en clinique jeunesse sont proportionnellement plus nombreux à voir un grand nombre d'adolescents, la majorité des adolescents consulteront un omnipraticien en pratique privée étant donné le nombre nettement plus élevé de médecins ayant ce type de pratique au Québec. Or, nous avons

vu qu'environ 40% des omnipraticiens en pratique privée voient moins de cinq adolescents par semaine et que seulement 30 % d'entre eux ont un volume substantiel d'adolescents (10 adolescents et plus par semaine) parmi leur clientèle.

Ces constatations corroborent le modèle d'organisation des services médicaux en santé mentale à l'adolescence proposé par le Collège des médecins du Québec dans son énoncé de position. En effet, le Collège reconnaissait des responsabilités différentes aux omnipraticiens selon le degré d'expertise développée dans le domaine de la santé des adolescents.¹⁴ De fait, on serait en droit de s'attendre à ce que tous les omnipraticiens, peu importe leur type de pratique et le volume de leur clientèle adolescente, soient en mesure de détecter les problèmes de santé mentale chez les adolescents vus en consultation, d'évaluer si un traitement est requis et d'orienter l'adolescent vers la ressource appropriée. On ne peut, toutefois, exiger le même niveau d'implication dans le suivi et la prise en charge des adolescents avec un problème de santé mentale pour l'ensemble des omnipraticiens. En effet, nous avons vu qu'une partie des médecins généralistes sont en mesure de s'impliquer davantage dans les soins de tels adolescents compte tenu de leur expérience et leur intérêt dans le domaine de la santé mentale ainsi que de l'importance de leur clientèle adolescente. La grande majorité des médecins en clinique jeunesse font partie de ce groupe mais également une proportion non négligeable de médecins en pratique privée. Ces médecins agissent déjà probablement comme une ressource intermédiaire entre les omnipraticiens de première ligne et les ressources spécialisées en santé mentale.

Nos résultats appuient aussi les recommandations émises par le Collège des médecins concernant diverses actions à entreprendre afin d'améliorer les soins des adolescents aux prises avec un problème de santé mentale. En effet, selon notre recherche, il semble que les omnipraticiens québécois sous-détectent les problèmes de santé mentale chez les adolescents, sous-détection qui a été démontrée par diverses recherches faites dans d'autres pays occidentaux. C'est pourquoi il serait important de sensibiliser tous les omnipraticiens à l'ampleur des psychopathologies parmi les adolescents, du rôle essentiel qu'ils ont à jouer dans l'identification de tels problèmes et au fait qu'il est

primordial que ce soit le médecin qui prenne l'initiative d'aborder les questions psychosociales lors d'une entrevue avec un adolescent.

Ensuite, si on souhaite que les omnipraticiens soient en mesure d'évaluer adéquatement un adolescent aux prises avec un problème de santé mentale, une formation de base en matière de diagnostic et d'évaluation des principaux troubles psychiatriques à l'adolescence devrait être offerte à tous les omnipraticiens sous forme de formation continue. Cette formation devrait également faire partie du curriculum de base de formation des étudiants en médecine. Les médecins intéressés à assumer des responsabilités plus grandes auprès des adolescents souffrant de problème de santé mentale devrait pouvoir bénéficier d'un programme de formation plus poussée dans ce domaine.

Enfin, notre recherche a démontré que plusieurs aspects dans la collaboration entre les intervenants du réseau sont à améliorer. Des efforts devraient être faits pour que les ressources en santé mentale soient davantage connues par l'ensemble des omnipraticiens. Mais il reste qu'au-delà de la connaissance de ces ressources ou même de leur accessibilité, il faut qu'une réelle collaboration se développe entre les divers intervenants du réseau. Trop souvent, les omnipraticiens restent ou sont laissés en marge des réseaux scolaires, communautaires ou psychosociaux.

Les résultats de la recherche nous apparaissent valides. Nous avons procédé de manière à limiter les erreurs de mesure. C'est pourquoi, le questionnaire a été administré de manière anonyme afin de limiter le biais de désirabilité. Ce dernier a probablement été minimisé également par le fait que les questions ne visaient pas à évaluer une pratique médicale (par exemple, le dépistage des idées suicidaires). Ensuite, les chercheurs se sont assurés d'avoir recours à des grandes classes de diagnostic (par exemple dépression) plutôt que des diagnostics plus précis (par exemple dépression majeure) afin de limiter les interprétations possibles de la part des répondants. Cette manière de définir les problèmes de santé mentale n'exigeait pas un niveau de connaissance élevée en psychiatrie adolescente de la part des omnipraticiens. Par ailleurs, la période de

référence a été le plus fréquemment les 12 derniers mois afin d'éviter les erreurs de mémoire sauf pour les conditions plus rares où nous avons dû référer aux cas vus antérieurement depuis le début de la pratique.

Nos résultats sont probablement généralisables à l'ensemble des omnipraticiens québécois qui répondent aux mêmes critères de sélection, soit les médecins francophones en pratique privée ou travaillant majoritairement en CLSC. L'une des forces de cette recherche repose sur le fait que l'échantillon a été sélectionné parmi l'ensemble des omnipraticiens du Québec et que le taux de réponse a été élevé. En raison de l'anonymat, il n'a pas été possible de comparer les non répondants et les médecins ayant participé à l'étude. Toutefois, une comparaison entre les personnes ayant répondu rapidement et ceux ayant retourné leur questionnaire tardivement après plusieurs rappels, n'a pas démontré de différence significative entre les deux groupes pour les principales variables. Ceci nous laisse croire que les répondants sont bien représentatifs de l'ensemble de la population à l'étude. Il faut noter cependant que les omnipraticiens ayant une pratique médicale qui inclut une implication mineure en CLSC ont été exclus de cette étude. On ne peut donc faire aucune inférence pour ce sous-groupe de médecins.

Cette recherche comporte certaines limites. La principale limite est que les données sont rapportées par les répondants et n'ont pas fait l'objet de mesure objective que ce soit pour le nombre d'adolescents vus en consultation, la fréquence de consultation pour divers problèmes de santé, physique ou mentale, les pratiques de référence aux diverses ressources de santé mentale du territoire ou la connaissance des services offerts par ces ressources. De plus, le diagnostic des divers problèmes de santé mentale, repose sur le seul jugement clinique du répondant. Une mesure objective et précise de tous ces paramètres aurait exigé un devis de recherche complexe et coûteux, difficilement applicable à l'ensemble des omnipraticiens du Québec. Cependant, il est permis de croire que les résultats de cette recherche permettent de dégager les grandes tendances en matière de soins prodigués aux adolescents dans le domaine de la santé mentale par les omnipraticiens du Québec.

Le devis de cette recherche ne permet pas de connaître la prévalence réelle des problèmes de santé mentale chez les adolescents québécois qui ont consulté les omnipraticiens de l'étude. De plus, à notre connaissance aucune recherche n'a été menée sur cette question au Québec. Les conclusions relatives à la possible sous détection des problèmes de santé mentale chez les adolescents par les omnipraticiens reposent donc sur la prémisse que les adolescents ayant ce type de problème consultent effectivement les omnipraticiens quel que soit le type de pratique. Par ailleurs, l'ensemble des études faites sur le sujet dans d'autres pays occidentaux vont dans le sens que la prévalence des problèmes de santé mentale chez les adolescents vus en consultation médicale est élevée et probablement plus grande que la prévalence notée dans l'ensemble de la population adolescente. Ce constat a été fait pour divers milieux de pratique. Il faut souligner aussi que la prévalence des problèmes de santé mentale dans la population adolescente québécoise est sensiblement la même que celles observées dans des populations adolescentes comparables. Il serait donc surprenant que les adolescents québécois vus en consultation se distinguent sensiblement des adolescents des pays occidentaux où des recherches ont été menées.

Les références des adolescents ayant un problème de santé mentale se sont limitées à celles faites dans le réseau de la santé (en incluant les psychologues en pratique privée) ou communautaires. Les professionnels de la santé mentale (psychologue, travailleur social) du milieu scolaire n'ont pas été inclus parmi les intervenants à qui les omnipraticiens auraient pu référer les adolescents. Les médecins ont généralement peu accès aux ressources scolaires et celles-ci ne constituent pas un réseau avec lequel les médecins ont établi des liens. Pour ces raisons, il est probable que l'inclusion des professionnels du milieu scolaire dans les questions portant sur les références des omnipraticiens n'aurait pas modifié substantiellement les résultats, ni les conclusions qui s'en sont dégagées.

Par ailleurs, il n'existe pas de critères permettant de juger si une référence à un spécialiste en santé mentale est pertinente. De fait, notre recherche ne permet pas

d'évaluer s'il aurait été souhaitable que les adolescents vus en consultation pour un problème de santé mentale soient référés par les omnipraticiens québécois à des ressources en santé mentale de leur territoire. De même, il n'est pas possible de vérifier si ces adolescents ont pu bénéficier d'une prise en charge par les omnipraticiens. Toutefois, comme discuté précédemment, l'évaluation et le traitement d'un adolescent souffrant d'une psychopathologie requièrent fréquemment des interventions systémiques et spécifiques qui nécessitent des compétences particulières. De ce fait, il est permis de croire qu'effectivement, l'utilisation des ressources en santé mentale par les omnipraticiens québécois n'est pas optimale et gagnerait à être améliorée.

RÉFÉRENCES

1. Romano E, Tremblay RE, Vitaro F, Zoccolillo M, Pagani L. Prevalence of psychiatric diagnoses and the role of perceived impairment: findings from an adolescent community sample. *J Child Psychol Psychiatr* 2001; 42:451-461.
2. Breton J-J, Bergeron L, Valla J-P, Berthiaume C, Gaudet N, Lambert J, St-Georges M, Houde L, Lépine S. Quebec Child Mental Health Survey: prevalence of DSM-III-R mental health disorders. *J Child Psychol Psychiatr* 1999; 40:375-384.
3. Roberts RE, Attkisson C, Rosenblatt A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1998; 155:715-725.
4. Waddell C, Offord DR, Shepherd CA, Hua JM, McEwan K. Child psychiatric epidemiology and Canadian public policy-making: the state of the science and the art of the possible. *Can J Psychiatry* 2002; 47:825-832.
5. Post D, Carr C, Weigand J. Teenagers: mental health and psychological issues. *Primary Care* 1998; 25:181-192.
6. Richardson LA, Keller AM, Selby-Harrington ML, Parrish R. Identification and treatment of children's mental health problems by primary care providers: a critical review of research. *Archives of Psychiatric Nursing* 1996; X:293-303.
7. Breton J-J, Boyer R. La prévention du suicide. In : *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents: Les problèmes internalisés*. Québec : Presses de l'Université du Québec; 2001. p. 273-304.
8. Flisher AJ. Annotation: Mood disorder in suicidal children and adolescents: recent developments. *J Child Psychol Psychiatr* 1999; 40:315-324.
9. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, Flory M. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53:339-348.
10. Jacobson L, Churchill R, Donovan C, Garralda E, Fay J, Members of the Adolescent Working Party, RCGP. Tackling teenage turmoil: primary care recognition and management of mental ill health during adolescence. *Family Practice* 2002; 19:401-409.

11. Wells KB, Kataoka SH, Asarnow JR. Affective disorders in children and adolescents: addressing unmet need in primary care settings. *Soc Biol Psychiatry* 2001; 49:1111-1120.
12. Kramer T, Garralda ME. Psychiatric disorders in adolescents in primary care. *Br J Psychiatry* 1998; 173:508-513.
13. Walker Z, Townsend J. Promoting adolescent mental health in primary care: a review of the literature. *J adolesc* 1998; 21:621-634.
14. Direction générale du Collège des médecins du Québec. Énoncé de position: accessibilité aux soins médicaux et psychiatriques pour la clientèle adolescente: Collège des médecins du Québec, 1999 : 1-11.
15. Légaré G, Préville M, Massé R, Poulin C, St-Laurent D, Boyer R. Santé mentale. In : *Enquête sociale et de santé 1998*. Québec :Institut de la Statistique du Québec; 2001. p. 333-353.
16. Breton J-J, Légaré G, Laverdure J, D'Amours Y. Santé mentale. In : *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois, 1999*. Québec : Institut de la Statistique du Québec; 2002. p. 433-450.
17. Dadds MR, Barrett PM. Practitioner review: psychological management of anxiety disorders in childhood. *J Child Psychiatr* 2001; 42:999-1011.
18. Cairney J. Gender differences in the prevalence of depression among canadian adolescents. *Can J Public Health* 1998; 89:181-182.
19. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. Dépression. In : *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*. Statistique Canada; 1999. p. 313-316.
20. Jellinek MS, Snyder JB. Depression and suicide in children and adolescents. *Pediatrics in Review* 1998; 19:255-264.
21. Son SE, Kirchner JT. Depression in children and adolescents. *Am Fam Physician* 2000; 62:2297-2308,2311-2.
22. Costello EJ, Pine DS, Hammen C, March JS, Plotsky PM, Weissman MM, Biederman J, Goldsmith HH, Kaufman J, Lewinsohn PM, Hellander M, Hoagwood K, Koretz DS, Nelson CA, Leckman JF. Development and natural history of mood disorders. *Soc Biol Psychiatry* 2002; 52:529-542.

23. Bassarath L. Conduct disorder: a biopsychosocial review. *Can J Psychiatry* 2001; 46:609-616.
24. Offord DR, Boyle MH, Szatmari P, Rae-Grant NI, Links PS, Cadman DT, Byles JA, Crawford JW, Blum HM, Byrne C, Thomas H, Woodward CA. Ontario Child Health Study: II. Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44:832-836.
25. Loeber R, Burke JD, Lahey BB, Winters A, Zera M. Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39:1468-1484.
26. Bauman A, Phongsavan P. Epidemiology of substance use in adolescence: prevalence, trends and policy implications. *Drug Alcohol Dependence* 1999; 55:187-207.
27. Guyon L, Desjardins L. La consommation d'alcool et de drogues. In : *L'alcool, les drogues, le jeu: les jeunes sont-ils preneurs? Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire (2000) volume 2*. Québec : Institut de la Statistique du Québec; 2002. p. 34-62.
28. Angold A, Costello EJ, Erkanli A. Comorbidity. *J Child Psychol Psychiatr* 1999; 40:57-87.
29. Lewinsohn PM, Rohde P, Seely JR. Adolescent psychopathology: III. The clinical consequences of comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34:510-519.
30. Vitaro F, Caron J. La prévention face à la comorbidité des problèmes d'adaptation et à la présence de déterminants multiples. In : *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents: Les problèmes externalisés*. Québec : Presses de l'Université du Québec; 2001. p. 559-586.
31. Fleming JE, Boyle MH, Offord DR. The outcome of adolescent depression in the Ontario Child Health Study follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32:28-33.
32. Rey JM, Sawyer MG, Raphael B, Patton GC, Lynskey M. Mental health of teenagers who use cannabis. Results of an Australian survey. *Br J Psychiatry* 2002; 180:216-221.

33. Stein MB, MagRerNat MF, Müller N, Höfler M, Lieb R, Wittchen H-U. Social anxiety disorder and the risk of depression. A prospective community study of adolescents and young adults. *J Arch Gen Psychiatry* 2001; 58:251-256.
34. Wittchen H-U, Nelson CB, Lachner G. Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychol Med* 1998; 28:109-126.
35. Gilvarry E. Substance abuse in young people. *J Child Psychiatr* 2000; 41:55-80.
36. Offord DR, Boyle MH, Campbell D, Goering P, Lin E, Wong M, Racine YA. One-year prevalence of psychiatric disorder in Ontarians 15 to 64 years of age. *Can J Psychiatry* 1996; 41:559-563.
37. Verhulst FC, Van der Ende J, Ferdinand RF, Kasius MC. The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54:329-336.
38. Essau CA, Conradt J, Petermann F. Frequency, comorbidity, and psychological impairment of depressive disorders in adolescents. *J Adolesc Research* 2000; 15:470-481.
39. Shrier LA, Harris SK, Kurland M, Knight JR. Substance use problems and associated psychiatric symptoms among adolescents in primary care. *Pediatrics in Review* 2003; 111:e699-e705.
40. Zeitlin H. Psychiatric comorbidity with substance misuse in children and teenagers. *Drug Alcohol Dependence* 1999; 55:225-234.
41. Goodman R, Ford T, Meltzer H. Mental health problems of children in the community: 18 month follow up. *BMJ* 2002; 321:1496-1497.
42. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Klein DN, Gotlib IH. Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: predictors of recurrence in young adults. *Am J Psychiatry* 2000; 157:1584-1591.
43. Fergusson DM, Woodward LJ. Mental health, educational, and social role outcomes of adolescents with depression. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59:225-231.
44. Fombonne E, Wostear G, Cooper V, Harrington R, Rutter M. The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression: I. Psychiatric outcomes in adulthood. *Br J Psychiatry* 2001; 179:210-217.

45. Weissman MM, Wolk S, Goldstein RB, Moreau D, Adams P, Greenwald S, Klier CM, Ryan ND, Dahl RE, Wickramaratne P. Depressed adolescents grown up. *JAMA* 1999; 281:1707-1713.
46. Werry JS. Severe conduct disorder-Some key issues. *Can J Psychiatry* 1997; 42:577-583.
47. Storvoll EE, Wichstrom L. Gender differences in changes in and stability of conduct problems from early adolescence to early adulthood. *J Adolesc* 2003; 26:413-419.
48. Gagnon C, Vitaro F. La prévention du trouble des conduites avec centration sur les comportements violents. In : *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents: Les problèmes externalisés*. Québec :Presses de l'Université du Québec; 2001. p. 233-290.
49. Site Web de l'Institut de la Statistique du Québec : http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn_deces/310-7.htm
Décès et taux de mortalité selon la cause, le sexe et le groupe d'âge, Québec, 1999. Site consulté le 21 mars 2003.
50. Statistique Canada. Suicides: Taux de mortalité selon l'âge, Canada et les provinces. 2003.
51. Langlois S, Morrison P. Suicides et tentatives de suicide. *Statistique Canada: Rapports sur la santé* 2002; 13:9-25.
52. Site Web de l'Organisation Mondiale de la Santé : http://www3.who.int/whosis/mort/table1.cfm?path=whosis,mort,mort_table1&language=english Nombre de décès enregistrés selon la cause, le sexe et l'âge. Site consulté le 15 décembre 2003
53. Boyer R, St-Laurent D, Préville M, Légaré G, Massé R, Poulin C. Idées suicidaires et parasuicides. In: *Enquête sociale et de santé, 1998*. Québec : Institut de la Statistique du Québec; 2001. p. 355-367.
54. Andrews JA, Lewinsohn PM. Suicidal attempts among older adolescents: prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31:655-662.

55. Harrington R, Bredekamp D, Groothues C, Rutter M, Fudge H, Pickles A. Adult outcomes of childhood and adolescent depression. III Links with suicidal behaviours. *J Child Psychiatr* 1994; 35:1309-1319.
56. Kessler RC, Berglund PA, Foster CL, Saunders WB, Stang PE, Walters EE. Social consequences of psychiatric disorders, II: teenage parenthood. *Am J Psychiatry* 1997; 154:1405-1411.
57. Shrier LA, Kim Harris SK, Beardslee WR. Temporal associations between depressive symptoms and self-reported sexually transmitted disease among adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002; 156:599-606.
58. Gosselin C, Lanctôt N, Paquette D. La grossesse à l'adolescence. In : *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents: Les problèmes externalisés*. Québec :Presses de l'Université du Québec; 2001. p. 461-492.
59. Otis J, Médico D, Lévy JJ. La prévention des maladies transmissibles sexuellement et de l'infection par le VIH chez les adolescents. In : *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents: Les problèmes externalisés*. Québec : Presses de l'Université du Québec; 2001. p. 491-555.
60. Kjelsberg E. DSM-IV conduct disorder symptoms in adolescents as markers of registered criminality. *Eur Child Adol Psychiatry* 2002; 11:2-9.
61. Garel P. La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent: une discipline où l'omnipraticien joue un "premier rôle". *Le médecin du Québec* 2003; 38:31-32.
62. Maranda F. L'omnipraticien et les troubles de l'humeur à l'adolescence. *Le médecin du Québec* 2003; 38:55-58.
63. Proimos J. Confidentiality issues in the adolescent population. *Current Opinion Pediatr* 1997; 9:325-328.
64. Sigman G, Silber TJ, English A, Gans Epner JE. Confidential health care for adolescents: Position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health* 1997; 21:408-415.
65. Klein JD, Wilson KM, McNulty M, Kapphahn C, Collins KS. Access to medical care for adolescents: results from the 1997 Commonwealth Fund Survey of the Health of Adolescent Girls. *J Adolesc Health* 1999; 25:120-130.

66. Weddle M, Kokotailo P. Adolescent substance abuse: confidentiality and consent. *Pediatr Clin North Am* 2002; 49:301-315.
67. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. Consultations des professionnels de la santé. In : *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*. Statistique Canada; 1999. p. 96-99.
68. Fournier M-A, Piché J. Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux. In : *Enquête sociale et de santé 1998*. Québec : Institut de la Statistique du Québec; 2001. p. 387-407.
69. Rey C, Michaud PA, Narring F, Ferron C. Les conduites suicidaires chez les adolescents en Suisse: le rôle des médecins. *Arch Pédiatr* 1997; 4:784-792.
70. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. *Am J Psychiatry* 2002; 159:909-916.
71. McKelvey RS, Pfaff JJ, Acre JG. The relationship between chief complaints, psychological distress, and suicidal ideation in 15-24-year-old patients presenting to general practitioners. *MJA* 2001; 175:550-552.
72. Johnson JG, Harris ES, Spitzer RL, Williams JBW. The Patient Health Questionnaire for Adolescents: validation of an instrument for the assessment of mental disorders among adolescent primary care patients. *J Adolesc Health* 2002; 30:196-204.
73. Schichor A, Bernstein B, King S. Self-reported depressive symptoms in inner-city adolescents seeking routine health care. *Adolescence* 1994; 29:379-388.
74. Durant RH, Knight J, Goodman E. Factors associated with aggressive and delinquent behaviors among patients attending an adolescent medicine clinic. *J Adolesc Health* 1997; 21:303-308.
75. Smith MS, Mitchell J, McCauley EA, Calderon R. Screening for anxiety and depression in an adolescent clinic. *Pediatrics* 1990; 85:262-266.
76. Cappeli M, Clulow MK, Goodman JT, Davidson SI, Feder SH, Baron P, Manion IG, McGrath PJ. Identifying depressed and suicidal adolescents in a teen health clinic. *J Adolesc Health* 1995; 16:64-70.

77. Kramer T, Garralda E. Child and adolescent mental health problems in primary care. *Advances in Psychiatric Treatment* 2000; 6:287-294.
78. Potts Y, Gillies ML, Wood SF. Lack of mental well-being in 15-years-olds: an undisclosed iceberg? *Family Practice* 2001; 18:95-100.
79. Levasseur M. État de santé physique et recours aux médicaments. In : *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*. Québec : Institut de la statistique du Québec; 2002. p. 371-391.
80. Zwaigenbaum L, Szatmari P, Boyle MH, Offord DR. Highly somatizing young adolescents and the risk of depression. *Pediatrics* 1999; 103:1203-1209.
81. Egger H, Angold A, Costello EJ. Headaches and psychopathology in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37:951-958.
82. Blum RW, Beuhring T, Wunderlich M, Resnick MD. Don't ask, they won't tell: the quality of adolescent health screening in five practice settings. *Am J Public Health* 1996; 86:1767-1772.
83. Klein JD, Wilson KM. Delivering quality care: adolescents' discussion of health risks with their providers. *J Adolesc Health* 2002; 30:190-195.
84. Klein JD, Allan MJ, Elster AB, Stevens D, Cox C, Hedberg VA, Goodman RA. Improving adolescent preventive care in community health centers. *Pediatrics* 2001; 107:318-327.
85. Frankenfield DL, Keyl PM, Gielen A, Wissow LS, Werthamer L, Baker SP. Adolescent patients - Healthy or hurting? Missed opportunities to screen for suicide risk in the primary care setting. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000; 154 :162-168.
86. Gans Epner JE, Levenberg PB, Schoeny ME. Primary care providers' responsiveness to health-risk behaviors reported by adolescent patients. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998; 152:774-780.
87. Rushton JL, Clark SJ, Freed GL. Primary care role in the management of childhood depression: a comparison of pediatricians and family physicians. *Pediatrics* 2000; 105:957-962.
88. Veit F, Sanci L, Coffey C, Young D, Bowes G. Barriers to effective primary health care for adolescents. *MJA* 1996; 165:131-133.

89. Blum R. Physicians' assessment of deficiencies and desire for training in adolescent care. *J Med Educ* 1987; 62:401-407.
90. Kerwick S, Jones R, Mann A, Goldberg D. Mental health care training priorities in general practice. *Br J Gen Pract* 1997; 47:225-227.
91. Olson AL, Kelleher KJ, Kemper KJ, Zuckerman BS, Hammond CS, Dietrich AJ. Primary care pediatricians' roles and perceived responsibilities in the identification and management of depression in children and adolescents. *Ambulatory Pediatrics* 2001; 1:91-98.
92. Leaf PJ, Alegria M, Cohen P, Goodman SH, Horwitz SM, Hoven C, Narrow WE, Vaden-Kiernan M, Darrel R. Mental health service use in the community and schools: results from the four-community MECA study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35:889-897.
93. Weisz JR, Jensen PS. Efficacy and effectiveness of child and adolescent psychotherapy and pharmacology. *Mental Health Services Research* 1999; 1:125-157.
94. Ambrosini PJ. A review of pharmacotherapy of major depression in children and adolescents. *Psychiatric Services* 2000; 51:627-633.
95. Michael KD, Crowley SL. How effective are treatments for child and adolescent depression? A meta-analytic review. *Clin Psychol Review* 2002; 22:247-269.
96. Hoagwood K, Burns BJ, Kiser L, Ringeisen H, Schoenwald SK. Evidence-based practice in child and adolescent mental health services. *Psychiatric Services* 2001; 52:1179-1189.
97. Pearsall DF. Psychotherapy outcome research in child psychiatric disorders. *Can J Psychiatry* 1997; 42:595-601.
98. Moretti MM, Emmrys C, Grizenko N, Holland R, Moore K, Shamsie J, Hamilton H. The treatment of conduct disorder: perspectives from across Canada. *Can J Psychiatry* 1997; 42:637-648.
99. Everett AV. Pharmacologic treatment of adolescent depression. *Current Opinion Pediatr* 2002; 14:213-218.
100. Williams T, Miller B. Pharmacologic management of anxiety disorders in children and adolescents. *Current Opinion Pediatr* 2003; 15:483-490.

Annexe 1

Lettre d'introduction



Montréal, le 25 août 2000

Cher Docteur,

Le Collège des médecins du Québec a publié en avril 1999 un énoncé de position intitulé « Accessibilité aux soins médicaux et psychiatriques pour la clientèle des adolescents ». Une des recommandations de ce rapport visait la formation des médecins de première ligne.

Dans les suites de ce rapport, un comité formé de médecins de famille, de psychiatres, d'un pédiatre et d'une infirmière a été mandaté pour développer des programmes de formation en santé mentale à l'adolescence, programmes s'adressant à des médecins de famille de première ligne, à des infirmières et à des équipes jeunesse de CLSC.

Dans le but de mieux cibler ces programmes, nous sollicitons votre collaboration pour répondre à un court questionnaire. Nous aimerions connaître votre clientèle, vos pratiques et vos besoins de formation en santé mentale à l'adolescence. Une telle consultation est garante de programmes de meilleure qualité et adaptés aux omnipraticiens du Québec.

Ce questionnaire prendra moins de 15 minutes à compléter et nous vous prions de le retourner dans l'enveloppe pré-adressée ci-jointe. Comme l'étude est anonyme, pour éviter de vous envoyer des rappels inutiles, nous vous demandons de poster sous pli séparé la carte réponse ci-jointe. Nous vous remercions à l'avance de votre collaboration.

Veillez agréer, cher Docteur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le Président,
Yves Lamontagne, m.d.
Collège des médecins du Québec

Le Président,
Renald Dutil, m.d.
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

Annexe 2
Questionnaire

LA SANTÉ DE NOS ADOLESCENTS



En collaboration avec :

- La Section de médecine de l'adolescence, Hôpital Ste-Justine
- Le GRIS, Université de Montréal
- Le Collège des médecins du Québec
- La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
- Le Département de psychiatrie, Hôpital Ste-Justine
- La Fédération des médecins spécialistes du Québec

Santé mentale et adolescence

A

- *Merci de votre collaboration à cette étude.*
- *Dans ce questionnaire, le mot adolescent réfère aux garçons et aux filles de 12 à 17 ans inclusivement.*
- *Pour chaque question, encerclez le numéro correspondant à votre réponse.*

Nous aimerions d'abord connaître quelques aspects de votre clientèle adolescente.

1. Au cours des 12 derniers mois, environ combien d'adolescents avez-vous vus en consultation par semaine?

Un ou moins	1	
2 à 4	2	
5 à 9	3	
10 à 19	4	
20 et plus	5	1

2. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous vu en consultation des adolescents qui présentaient les conditions suivantes ?

- Contraception, condition liée à la sexualité
- Traumatisme
- Infection autre que MTS
- Fatigue, mal de ventre, céphalée
- Condition liée à la santé mentale (dépression, abus de substances, anxiété, somatisation, etc.)

	<i>À tous les jours</i>	<i>À toutes les semaines</i>	<i>À tous les mois</i>	<i>Quelques fois</i>	<i>Je n'en ai pas vu</i>
1	2	3	4	5	2
1	2	3	4	5	3
1	2	3	4	5	4
1	2	3	4	5	5
1	2	3	4	5	6

La santé des adolescents

3. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous vu en consultation des adolescents qui présentaient les conditions suivantes ?

- Abus de drogues ou d'alcool
- Dépression, idées suicidaires
- Anxiété
- Trouble du comportement ou de la personnalité
- Problème avec les parents, l'école, les ami(e)s

	<i>À tous les jours</i>	<i>À toutes les semaines</i>	<i>À tous les mois</i>	<i>Quelques fois</i>	<i>Je n'en ai pas vu</i>	
	1	2	3	4	5	7
	1	2	3	4	5	
	1	2	3	4	5	9
	1	2	3	4	5	10
	1	2	3	4	5	11

4. Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé, pour un adolescent ayant un problème de santé mentale, de compléter l'évaluation auprès des personnes suivantes?

- Parent(s) de l'adolescent
- Infirmière scolaire
- Professeur ou autre intervenant de l'école
- Intervenant d'un CLSC
- Intervenant de la DPJ

	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	
	1	2	12
	1	2	13
	1	2	14
	1	2	15
	1	2	16

Section A

5. Au cours des 12 derniers mois, environ combien d'adolescents avez-vous référés aux endroits suivants pour un problème de santé mentale?

- CLSC (ou à l'interne pour les MD de CLSC)
- Secteur de pédopsychiatrie
- DPJ (Direction de la protection de la jeunesse) ou Centre jeunesse
- Bureau privé de psychologue
- Organisme communautaire (ex. maison de jeunes, centre pour toxicomane, etc.)

	Aucun	Un	2 à 4	5 à 9	10 ou plus	
1	2	3	4	5	17	
1	2	3	4	5	18	
1	2	3	4	5	19	
1	2	3	4	5	20	
1	2	3	4	5	21	

6. Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé, pour faciliter le rendez-vous d'un adolescent ayant un problème de santé mentale, d'intervenir personnellement auprès des personnes suivantes?

- Médecin généraliste
- Psychiatre
- Psychologue
- Infirmière ou travailleur social
- Intervenant communautaire

	Oui	Non	
1	2	22	
1	2	23	
1	2	24	
1	2	25	
1	2	26	

7. Au cours des 12 derniers mois, environ combien d'adolescents vous ont été référés par des médecins ou autres intervenants du réseau pour des difficultés liées à la santé mentale?

Aucun	1	
Un	2	
2 à 4	3	
5 à 9	4	
10 et plus	5	27

8. Si vous pensez aux 5 derniers adolescents que vous avez vus pour dépression, idéation suicidaire ou tentative de suicide, pour combien d'entre eux avez-vous pu compléter l'évaluation avec les parents?

Aucun	1	
Un	2	
Deux	3	
Trois	4	
Quatre	5	
Cinq	6	28

Section A

9. Depuis le début de votre pratique, environ combien de cas d'adolescents avez-vous eus de :

- Grossesse ou interruption volontaire de grossesse
- Tentative de suicide
- Suicide
- Phobie scolaire, évitement scolaire
- Anorexie mentale ou boulimie nerveuse
- Abus sexuel ou agression sexuelle
- Agression physique

	Aucun	Un	2 à 4	5 à 9	10 et plus	
1	2	3	4	5	29	
1	2	3	4	5	30	
1	2	3	4	5	31	
1	2	3	4	5	32	
1	2	3	4	5	33	
1	2	3	4	5	34	
1	2	3	4	5	35	

10. Au cours de votre formation médicale, avez-vous eu l'occasion d'observer un patron qui vous a montré comment intervenir avec un adolescent ayant un problème de santé mentale?

Jamais	1	
Une fois	2	
2 à 4 fois	3	
5 à 9 fois	4	36

La santé des adolescents

Les questions qui suivent portent sur votre expérience avec des adolescents présentant des problèmes de santé mentale.

B

1. Lorsqu'un adolescent se présente à votre bureau avec un problème de dépression ou d'idéation suicidaire, dans quelle mesure êtes-vous à l'aise pour :

- Établir un diagnostic précis
- Rencontrer les parents
- Référer à un psychiatre
- Référer à un intervenant autre que psychiatre
- Prescrire une médication
- Gérer la confidentialité
- Faire une thérapie de soutien

<i>Pas à l'aise</i>	<i>Peu à l'aise</i>	<i>Assez à l'aise</i>	<i>Très à l'aise</i>	
1	2	3	4	37
1	2	3	4	38
1	2	3	4	39
1	2	3	4	40
1	2	3	4	41
1	2	3	4	42
1	2	3	4	43

2. Vous sentez-vous présentement à l'aise pour faire l'évaluation et l'intervention de base d'un adolescent qui :

- Présente des plaintes psychosomatiques
- Est anxieux
- Est déprimé
- Est agité, hyperactif ou agressif
- Abuse de drogues ou d'alcool
- Présente un trouble de la conduite alimentaire
- A été abusé sexuellement
- À des idéations suicidaires
- À une phobie scolaire, un évitement scolaire

<i>Pas à l'aise</i>	<i>Peu à l'aise</i>	<i>Assez à l'aise</i>	<i>Très à l'aise</i>	
1	2	3	4	44
1	2	3	4	45
1	2	3	4	46
1	2	3	4	47
1	2	3	4	48
1	2	3	4	49
1	2	3	4	50
1	2	3	4	51
1	2	3	4	52

Section B

3. Dans quelle mesure avez-vous été informé(e) des services qui sont disponibles en santé mentale dans les ressources suivantes de votre territoire?

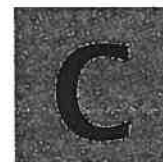
- La direction de la protection de la jeunesse (DPJ)
- Le secteur de pédopsychiatrie
- Les bureaux de psychologue
- Les organismes communautaires (ex. maison de jeunes, centre pour toxicomane, etc.)
- Le CLSC

	<i>Pas du tout informé</i>	<i>Peu informé(e)</i>	<i>Assez bien informé(e)</i>	<i>Très bien informé(e)</i>	
	1	2	3	4	53
	1	2	3	4	54
	1	2	3	4	55
	1	2	3	4	56
	1	2	3	4	57

4. Diriez-vous que les ressources suivantes de votre territoire sont faciles ou difficiles d'accès pour vos patients adolescents qui présentent des problèmes de santé mentale?

- La direction de la protection de la jeunesse (DPJ)
- Le secteur de pédopsychiatrie
- Les psychologues
- Les organismes communautaires (ex. maison de jeunes, centre pour toxicomane)
- Le CLSC

	<i>Très difficile d'accès</i>	<i>Assez difficile d'accès</i>	<i>Assez facile d'accès</i>	<i>Très facile d'accès</i>	<i>Je ne sais pas</i>	
	1	2	3	4	5	58
	1	2	3	4	5	59
	1	2	3	4	5	60
	1	2	3	4	5	61
	1	2	3	4	5	62



Aidez-nous à mieux répondre à vos besoins de formation médicale continue en santé mentale des adolescents.

1. Y a t-il des sujets en santé mentale des adolescents sur lesquels vous aimeriez parfaire votre formation?

Si oui, encerclez les sujets (maximum 4) qui vous intéressent le plus.

L'abus de drogues et d'alcool	1	
L'orientation sexuelle	2	
Les relations parents-adolescents	3	
Troubles anxieux, évitement / phobie scolaire	4	
Idéation suicidaire, tentative de suicide	5	
Troubles de comportement, impulsivité, délinquance	6	
Dépression	7	
Trouble du comportement alimentaire	8	
Troubles d'apprentissage, hyperactivité et déficit d'attention	9	
État post-traumatique : agression sexuelle ou physique	10	
Autres : _____	11	63-66

Section C

2. Y a-t-il des aspects particuliers de l'intervention en santé mentale à l'adolescence sur lesquels vous aimeriez être mieux formé(e)?

Si oui, encerclez les aspects (maximum 3) qui vous intéressent le plus.

Faire une évaluation de base	1	
Établir un diagnostic précis (connaissances des pathologies)	2	
Prescrire une médication	3	
Intervenir auprès des parents	4	
Référer à un professionnel	5	
Faire une thérapie de soutien	6	
Gérer la confidentialité	7	
Signaler un adolescent à la DPJ	8	
Autres : _____	9	67-69

3. Parmi les formules suivantes d'éducation médicale continue, encerclez celles qui vous conviennent le mieux. (Maximum 3)

Conférence
Séminaire, atelier interactif
Vidéo-conférence ou télémédecine
CD-ROM, pages WEB (site internet)
Module d'auto-apprentissage
Documents écrits
Autres : _____

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	70-72

4. Si les activités suivantes en santé mentale à l'adolescence étaient offertes dans votre région, dans quelle mesure seriez-vous intéressé(e) à y participer ?

- Une formule d'une ou plusieurs sessions de 90 minutes
- Une formule d'une ou plusieurs sessions d'une demi journée
- Un programme de formation plus poussée

	<i>Pas intéressé(e)</i>	<i>Peu intéressé(e)</i>	<i>Assez intéressé(e)</i>	<i>Très intéressé(e)</i>	
1	2	3	4	73	
1	2	3	4	74	
1	2	3	4	75	

Section C

D

Quelques dernières questions pour mieux vous connaître.

1. Dans un mois type, quel pourcentage de vos activités cliniques se déroulent aux endroits suivants ?

	Bureau privé	_____	76-78
	Hôpital (patients hospitalisés)	_____	79-81
9	Urgence ou clinique sans rendez-vous hors CLSC	_____	82-84
	CLSC : clinique jeunesse	_____	85-87
	CLSC : autres cliniques	_____	88-90
	Autres : _____	_____	91-93
		100%	

2. Dans quelle région pratiquez-vous la médecine?

Bas St-Laurent	01	Nord du Québec	10
Saguenay Lac St-Jean	02	Gaspésie / Îles de la Madeleine	11
Québec	03	Chaudière-Apalaches	12
Mauricie-Bois-Franc	04	Laval	13
Estrie	05	Lanaudière	14
Montréal-Centre	06	Laurentides	15
Outaouais	07	Montérégie	16
Abitibi-Témiscamingue	08	Nunavik	17
Côte-Nord	09	Terres-cries-de-la-Baie-James	18

94-95

La santé des adolescents

3. Quelle est la taille de la localité où vous exercez la majorité de vos activités professionnelles?

Moins de 5 000 personnes	1	
Entre 5 000 et 25 000 personnes	2	
Plus de 25 000 personnes	3	96

4. Êtes-vous certifié(e) en médecine familiale?

Non	1	
Oui	2	97

5. De quel sexe êtes-vous?

Féminin	1	
Masculin	2	98

6. En quelle année êtes-vous né(e)?

En 19	—	99-100
-------	---	--------

7. Êtes-vous actuellement parent d'adolescents?

Non	1	
Oui	2	101

Section D



Vous pouvez utiliser l'espace ci-dessous pour nous faire part de vos commentaires. Nous attachons beaucoup d'importance à ce que vous pensez et lirons tous vos commentaires avec intérêt.

Section E



Merci de votre généreuse collaboration

Jean-Yves Frappier, MD
Section de médecine de l'adolescence
Hôpital Ste-Justine

Brigitte Maheux, MD
GRIS, Médecine sociale et préventive
Université de Montréal

Nous remercions
l'Assurance Vie Desjardins-Laurentienne
pour le soutien financier de cette étude

Annexe 3

Résumé des variables à l'étude

Tableau I : Résumé des principales variables mesurées

Question	Variables	Nombre de catégories (questionnaire)	Catégories pour l'analyse
<i>Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles</i>			
D.5	Sexe	2	1 = Féminin 2 = Masculin
D.6	Âge	Continue	Continue Regroupé en 4 intervalles : 1 = 25 à 34 ans 2 = 35 à 44 ans 3 = 45 à 54 ans 4 = 55 ans et plus
D.4	Certifié en médecine familiale	2	1 = Non 2 = Oui
D.7	Parent d'adolescent	2	1 = Non 2 = Oui
D.1	Type de pratique	5	1 = Pratique privée 2 = CLSC 3 = Clinique jeunesse
D.2	Région de pratique	18	1 = Grands centres urbains 2 = Régions intermédiaires 3 = Régions éloignées
D.3	Taille de la localité	3	1 = Moins de 5,000 habitants 2 = Entre 5,000 et 25,000 3 = Plus de 25,000
<i>Clientèle adolescente des omnipraticiens</i>			
A.1	Nombre d'adolescents vus en consultation par semaine dans les 12 derniers mois	5	1 = Un ou moins 2 = Entre 2 et 9 adolescents 3 = Dix adolescents et plus
A.2	Fréquence de consultation pour des problèmes de santé physique dans les 12 derniers mois : -Contraception, condition liée à la sexualité -Traumatisme -Infection autre que MTS -Fatigue, mal de ventre, céphalée	5	1 = Je n'en ai pas vu 2 = Quelques fois/à tous les mois 3 = À toutes les semaines/à tous les jours
A.2	Fréquence de consultation pour des conditions liées à la santé mentale dans 12 derniers mois	5	1 = Je n'en ai pas vu 2 = Quelques fois/à tous les mois 3 = À toutes les semaines/à tous les jours

Question	Variables	Nombre de catégories (questionnaire)	Catégories pour l'analyse
A.3	Fréquence de consultation pour des conditions spécifiques en santé mentale dans les 12 derniers mois : -Abus de drogues ou d'alcool -Dépression, idée suicidaire -Anxiété -Trouble du comportement ou de la personnalité -Problèmes avec les parents, l'école, les ami(e)s	5	1 = Je n'en ai pas vu 2 = Quelques fois/à tous les mois 3 = À toutes les semaines/à tous les jours
A.9	Nombre d'adolescents vus depuis le début de la pratique médicale pour : -Grossesse, interruption volontaire de grossesse -Tentative de suicide -Suicide -Phobie scolaire, évitement scolaire -Anorexie mentale ou boulimie nerveuse -Abus sexuel ou agression sexuelle -Agression physique	5	1 = Aucun 2 = Un 3 = Trois (entre 2 et 4) 4 = Sept (entre 5 et 9) 5 = Dix (10 et plus)
<i>Collaboration entre les omnipraticiens et les intervenants impliqués en santé mentale adolescente ainsi que les parents</i>			
A.4	A complété à au moins une reprise l'évaluation d'un adolescent ayant un problème de santé mentale, au cours des 12 derniers mois, auprès de : -Parent(s) de l'adolescent -Infirmière scolaire -Professeur ou autre intervenant de l'école -Intervenant d'un CLSC	2	1 = Oui 2 = Non
A.8	Nombre d'adolescents sur les 5 derniers adolescents vus pour dépression, idée suicidaire ou tentative suicidaire pour lesquels l'omnipraticien a complété une évaluation auprès des parents	6	1 = Aucun 2 = De 1 à 3 adolescents 3 = 4 ou 5 adolescent

A.5	<p>Nombre d'adolescents référés pour un problème de santé mentale dans les 12 derniers mois aux ressources suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> -CLSC (ou à l'interne pour les MD de CLSC) -Secteur de pédopsychiatrie -DPJ (Direction de la protection de la jeunesse ou Centre jeunesse) -Bureau privé de psychologue -Organisme communautaire (ex. maison de jeunes, centre pour toxicomane, etc.) 	5	<p>1 = Aucun 2 = Un 3 = Deux et plus</p>
A.6	<p>A facilité un rendez-vous d'un adolescent ayant un problème de santé mentale dans les 12 derniers mois auprès de :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Médecin généraliste -Psychiatre -Psychologue -Infirmière ou travailleur social -Intervenant communautaire 	2	<p>1 = Oui 2 = Non</p>
A.7	<p>Nombre d'adolescents qui ont été référés à l'omnipraticien, pour des difficultés liées à la santé mentale, par des médecins ou autre intervenant du réseau dans les 12 derniers mois</p>	5	<p>1 = Aucun 2 = Entre 1 et 4 3 = Cinq et plus</p>
B.3	<p>Connaissance par les omnipraticiens des services offerts par les ressources de leur territoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> -DPJ -Secteur de la pédopsychiatrie -Bureaux de psychologue -Organismes communautaire (ex. maison de jeunes, centre pour toxicomane, etc.) -CLSC 	4	<p>1 = Pas ou peu informés 2 = Assez ou très informés</p>

B.4	Perception par les omnipraticiens de l'accessibilité pour leurs patients adolescents ayant un problème de santé mentale des ressources en santé mentale : -DPJ -Secteur de la pédopsychiatrie -Bureaux de psychologue -Organismes communautaire (ex. maison de jeunes, centre pour toxicomane, etc.) -CLSC	5	1 = Pas ou peu accessible 2 = Assez ou très accessibles 3 = Ne sait pas
-----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	-------------------------------------------------------------------------------

Annexe 4
Graphiques et tableaux

Figure 1 : Répartition des omnipraticiens selon le nombre d'adolescents vus par semaine dans les 12 derniers mois et selon le type de pratique

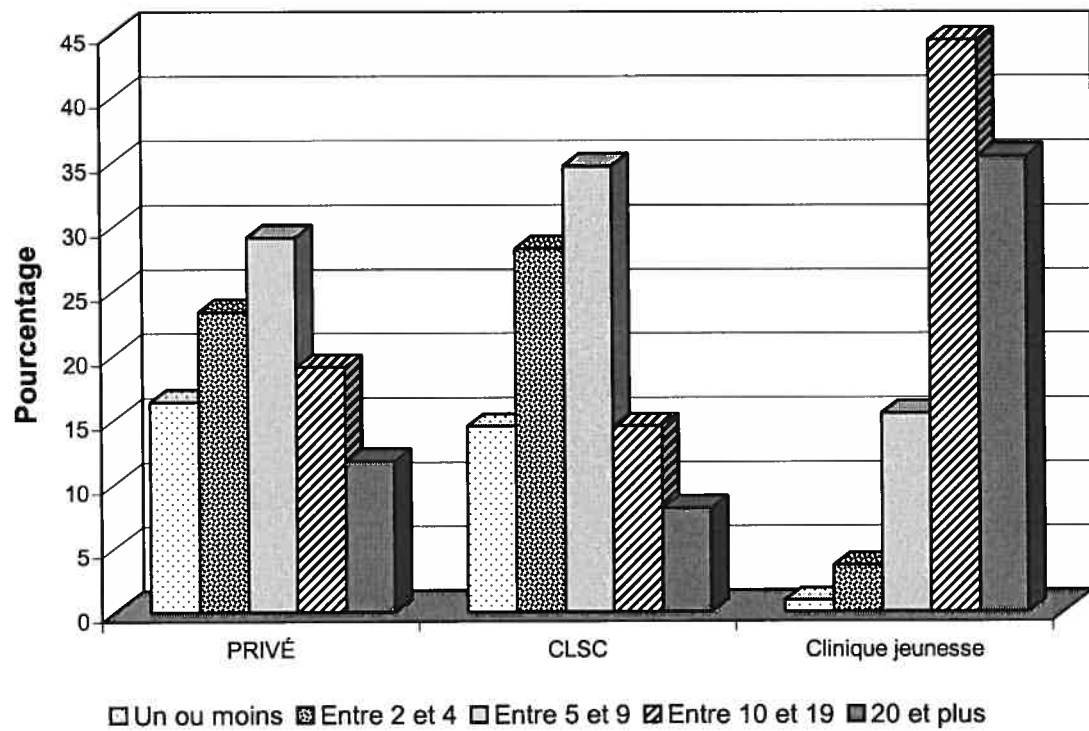
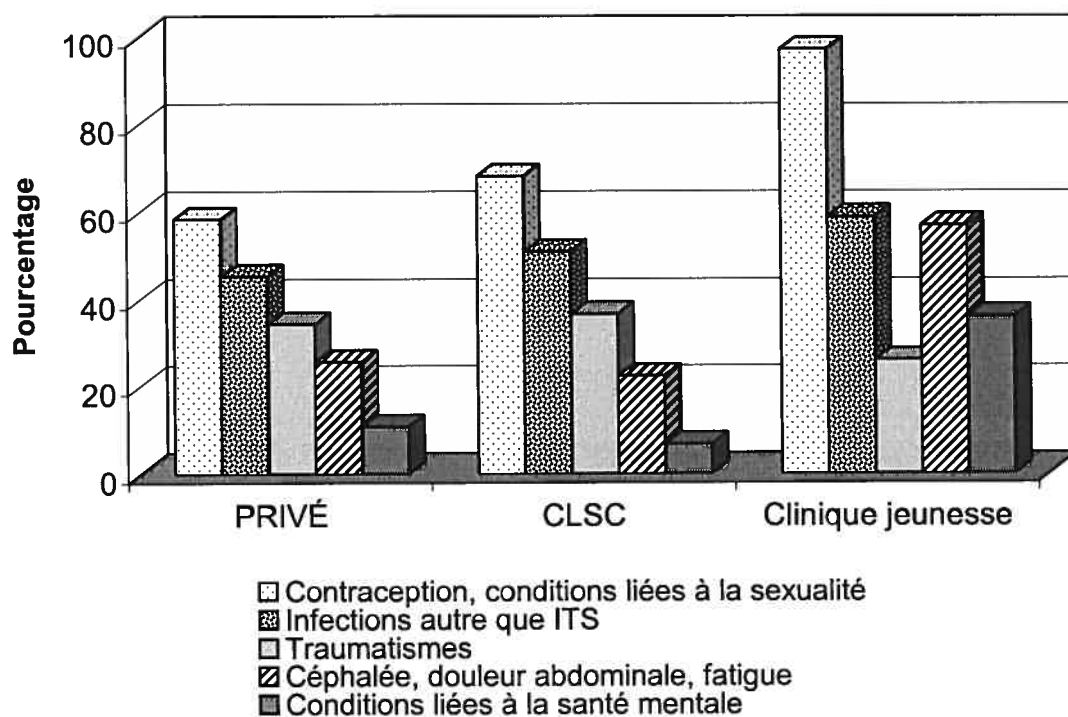
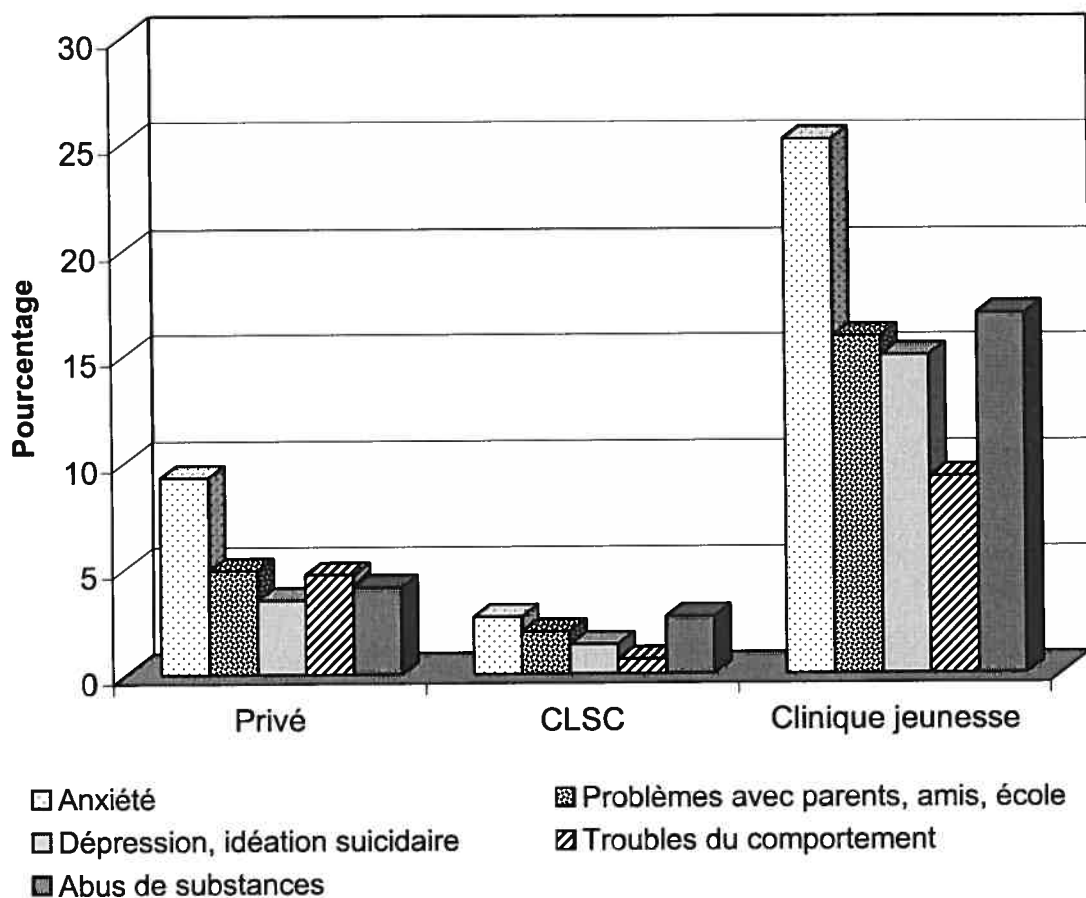


Figure 2 : Proportion des omnipraticiens qui ont vu fréquemment* des adolescents pour diverses conditions, dans les 12 derniers mois, selon le type de pratique



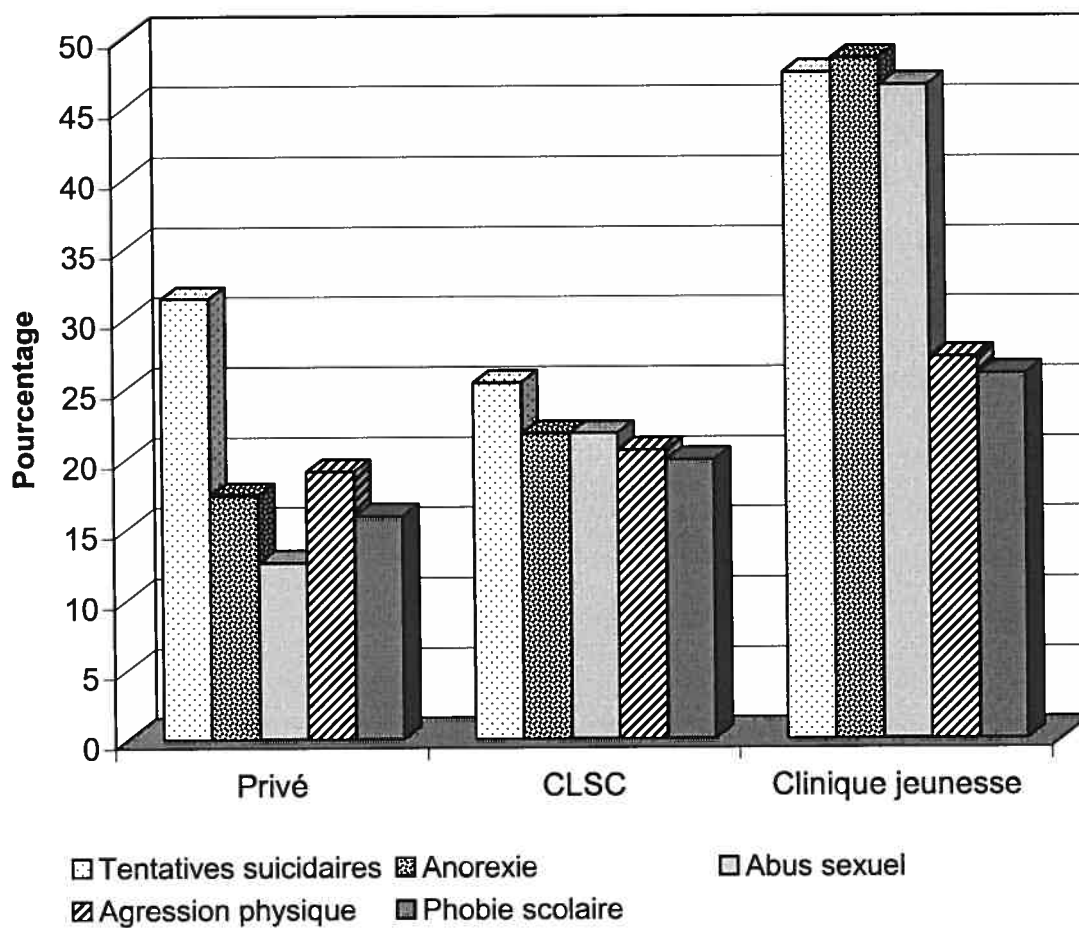
* : Médecins rapportant avoir vu au moins à chaque semaine des adolescents pour cette condition

Figure 3 : Proportion des omnipraticiens qui ont vu fréquemment* des adolescents pour diverses conditions de santé mentale, dans les 12 derniers mois, selon le type de pratique



*Médecins rapportant avoir vu au moins à chaque semaine des adolescents pour cette condition

Figure 4 : Proportion des omnipraticiens qui ont vu régulièrement* des adolescents pour diverses conditions de santé mentale depuis le début de leur pratique



*Médecins qui rapportent avoir vu en moyenne au moins un adolescent aux deux ans pour cette condition

Tableau I : Répartition (%) des omnipraticiens selon le nombre d'adolescents, ayant un problème de santé mentale, vus en consultation suite à une référence par un autre intervenant du réseau, dans les 12 derniers mois, selon le type de pratique (n=593*)

Nombre d'adolescents référés par les intervenants du réseau	Privé n = 338	CLSC		Valeur de p
		Clinique générale n =147	Clinique jeunesse n = 108	
Aucun	56.5	38.8	16.7	
Entre 1 et 4 adolescents	35.5	53.1	25.9	<.001
Cinq et plus	8.0	8.2	57.4	

**Omnipraticiens rapportant avoir vu 2 adolescents et plus par semaine dans les 12 derniers mois*