

**Direction des bibliothèques**

**AVIS**

Ce document a été numérisé par la Division de la gestion des documents et des archives de l'Université de Montréal.

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**

This document was digitized by the Records Management & Archives Division of Université de Montréal.

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

Transformation de la première ligne en santé mentale au Québec :  
Perceptions de médecins généralistes

par  
Marcella Kafka

Département de médecine sociale et préventive  
Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de  
Maîtrise en santé communautaire (M. Sc.)

Juillet 2007

© Marcella Kafka, 2007



Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Transformation de la première ligne en santé mentale au Québec :  
Perceptions de médecins généralistes

présenté par :

Marcella Kafka

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Jean-Marc Brodeur  
président-rapporteur

Louise Fournier  
directrice de recherche

Raynald Pineault  
membre du jury

## RÉSUMÉ

Le lourd fardeau des problèmes de santé mentale en termes de morbidité/mortalité et l'importance de la 1<sup>re</sup> ligne dans les systèmes de santé sont désormais reconnus comme des enjeux majeurs en santé publique. Au Québec, le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 (PASM) cible l'ensemble des problèmes de santé mentale et prévoit, entre autres, un renforcement de la 1<sup>re</sup> ligne avec la mise en place d'équipes de santé mentale de 1<sup>re</sup> ligne, l'entrée en fonction de psychiatres répondants et la promotion des soins basés sur la collaboration. La présente recherche explore les perceptions de médecins de 1<sup>re</sup> ligne en regard de cette transformation. Comment la comprennent-ils et comment se l'approprient-ils? Quelles en sont les conséquences anticipées sur leurs pratiques? Une analyse qualitative, inspirée de la théorisation ancrée, est réalisée à partir des propos recueillis lors d'un entretien semi-dirigé auprès de onze médecins de Montréal et ses environs. Trois catégories conceptuelles résultent du regroupement des perceptions des participants : « Une 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale exigeante », « Une transformation parmi d'autres » et « Des éléments intéressants dans le PASM ». Puis, une mise en relation de ces catégories résulte en un schéma conceptuel et une perception générale se résumant à une attitude favorable envers la transformation, mais des doutes quant à sa faisabilité, laissant les participants entre l'enthousiasme et le désabusement. Cette nouvelle compréhension permet d'envisager des ajustements afin de faciliter l'implantation du PASM et d'en améliorer le fonctionnement éventuel.

### Mots clés autres que ceux contenus dans le titre :

Recherche qualitative

Organisation des soins et services de santé

Planification de la santé

Psychiatrie

Collaboration

## ABSTRACT

The heavy burden of mental health problems in terms of morbidity/mortality and the importance of primary health care are being increasingly recognised as major public health issues. In Québec, the 2005-2010 mental health action plan (PASM) targets the whole spectrum of mental health problems and aims, among other goals, to strengthen primary health care by instituting mental health care teams in the primary care sector, by designating psychiatrists to provide advice to primary health care workers and by encouraging collaborative care. This research explores the primary care physicians' views about this reform. How do they understand it and how can it suit them? What changes do they expect it to have on their practices? A qualitative analysis, inspired by the grounded theory, was performed on data obtained through a semi-structured interview with eleven physicians from Montréal and its surroundings. Three conceptual categories resulted from grouping together their perceptions, namely "Mental health care is demanding in primary care", "A reform among others" and "Interesting elements in the PASM". Furthermore, the interaction among those categories resulted in a conceptual diagram and in an overall perception summarized by a favourable attitude towards the reform, but doubts concerning its feasibility, thus leaving the participants between enthusiasm and disillusionment. Based on this new understanding, various adjustments might be considered to ease the implementation of the PASM and improve its eventual functioning.

### Keywords:

Primary health care

Mental disorders

Mental health

Organisational innovation

Physicians

Physicians, family

Qualitative research

## TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ .....	iii
ABSTRACT .....	iv
LISTE DES TABLEAUX .....	vii
LISTE DES FIGURES .....	viii
LISTE DES SIGLES .....	ix
REMERCIEMENTS .....	x
CHAPITRE 1 : INTRODUCTION .....	1
1.1. <u>La problématique</u> .....	2
1.2. <u>Le but et les questions de recherche</u> .....	4
1.3. <u>Une approche qualitative exploratoire</u> .....	4
1.4. <u>Présentation du mémoire</u> .....	6
CHAPITRE 2 : CONTEXTE .....	8
2.1. <u>Le plan d'action en santé mentale</u> .....	9
2.2. <u>La 1<sup>re</sup> ligne médicale</u> .....	15
2.3. <u>Le réalisme critique</u> .....	20
CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE .....	24
3.1. <u>Un échantillonnage intentionnel</u> .....	25
3.1.1. Assises théoriques .....	25
3.1.2. Procédures effectuées .....	29
3.2. <u>La collecte des données par entretiens semi-dirigés</u> .....	35
3.2.1. Assises théoriques .....	35
3.2.2. Procédures effectuées .....	37
3.3. <u>L'analyse inspirée par la théorisation ancrée selon Paillé</u> .....	39
3.3.1. Assises théoriques .....	39
3.3.2. Procédures effectuées .....	42
3.4. <u>Critères de qualité et limitations</u> .....	46
3.4.1. Validité interne .....	47
3.4.2. Validité externe .....	48
3.4.3. Fiabilité .....	48
3.4.4. Objectivité .....	49
3.4.5. Considérations éthiques .....	50

CHAPITRE 4 : RÉSULTATS .....	52
4.1. <u>Portrait des participants</u> .....	53
4.2. <u>Description des catégories conceptuelles</u> .....	55
4.2.1. Catégorie 1 : Une 1 <sup>re</sup> ligne en santé mentale exigeante .....	57
4.2.2. Catégorie 2 : Une transformation parmi d'autres .....	68
4.2.3. Catégorie 3 : Des éléments intéressants dans le PASM .....	74
4.3. <u>Explication du schéma conceptuel</u> .....	88
4.3.1 Perception favorable .....	90
4.3.2 Doutes quant à la faisabilité .....	92
4.4. <u>Synthèse des résultats</u> .....	94
CHAPITRE 5 : DISCUSSION .....	97
5.1. <u>Forces et limites de la recherche</u> .....	98
5.2. <u>Des commentaires et une lettre</u> .....	100
5.2.1. Triangulation des résultats descriptifs .....	101
5.2.2. Résultats explicatifs mis à l'épreuve .....	102
5.3. <u>Les résultats et la littérature scientifique</u> .....	105
5.3.1. Des recommandations basées sur les perceptions des acteurs .....	106
5.3.2. Le scepticisme .....	107
5.3.3. La collaboration .....	111
5.3.4. Contexte de transformations .....	119
5.3.5. La santé mentale dans la pratique médicale de 1 <sup>re</sup> ligne .....	122
CHAPITRE 6 : CONCLUSION .....	125
SOURCES DOCUMENTAIRES .....	128
ANNEXE A <u>Lettre d'invitation à participer à la recherche</u> .....	xi
ANNEXE B <u>Critères d'inclusion et d'exclusion</u> .....	xiii
ANNEXE C <u>Formulaire de consentement</u> .....	xv
ANNEXE D <u>Guide d'entretien semi-dirigé</u> .....	xix
Guide pour l'entretien semi-dirigé .....	xx
Début d'entretien reformulé.....	xxii
ANNEXE E <u>Résultats intermédiaires</u> .....	xxiii
Éléments de la synthèse générée à partir des comptes-rendus .....	xxiv
Catégories par regroupement de codes selon le sujet .....	xxv

**LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I :	<u>Niveaux de planification</u>	10
Tableau II :	<u>L'échantillon idéal</u>	29
Tableau III :	<u>Répartition de l'échantillonnage dans le temps</u>	32
Tableau IV :	<u>Sélection et recrutement selon les caractéristiques d'hétérogénéité</u>	33
Tableau V :	<u>Échantillon obtenu</u>	34
Tableau VI :	<u>Perceptions des participants : catégories conceptuelles</u>	56

**LISTE DES FIGURES**

Figure 1 :	<u>Déroulement des analyses</u> .....	43
Figure 2 :	<u>Perceptions des participants – schéma conceptuel</u> .....	89
Figure 3 :	<u>Perceptions des acteurs – schéma conceptuel</u> .....	104

**LISTE DES SIGLES**

AMP	Activités médicales particulières
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CMA	Centre médical associé, maintenant désignées CR
CMDP	Conseils des médecins, dentistes et pharmaciens
CMQ	Collège des médecins du Québec
CR	Clinique-réseau, auparavant désignées CMA
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DRMG	Département régional de médecine générale
DSP	Directeur des services professionnels
GMF	Groupe de médecine familiale
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MD1	Médecins de 1 <sup>re</sup> ligne, ce qui comprend les médecins omnipraticiens, les médecins généralistes et les médecins de familles
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé, voir aussi WHO
PASM	Plan d'action en santé mentale 2005-2010
UO	Unité organisationnelle de 1 <sup>re</sup> ligne, inclut les cabinets privés, les CLSC, les GMF et les CR
WHO	World Health Organization, voir aussi OSM

## REMERCIEMENTS

Mille mercis  
aux participants  
et,  
à tous ceux qui, de près où de loin,  
ont contribué à la réalisation de cette recherche

## **CHAPITRE 1 : INTRODUCTION**

Ce premier chapitre précise le but et les questions de recherche tels que dérivés d'une problématique plus large, annonce l'approche retenue pour atteindre ce but et répondre aux questions, puis présente les orientations et le plan du mémoire.

### **1.1. Problématique**

L'importance des problèmes de santé mentale comme enjeu majeur en santé publique est désormais clairement reconnue suite à la publication en 1996 du rapport sur le fardeau mondial des maladies<sup>1</sup> (Ustun, 1999; Costello et coll., 2005). En plus d'y déterminer les traditionnels taux de mortalité reliés à différentes conditions (maladies, blessures et facteurs de risque), l'incapacité associée à ces conditions y est prise en compte pour une première fois avec l'utilisation de l'indicateur DALY<sup>2</sup>. L'ampleur de l'impact des problèmes de santé mentale devient alors apparente. Par exemple, la dépression figure au quatrième rang globalement et au premier rang chez les personnes âgées de 15 à 44 ans dans les pays industrialisés.

Parallèlement, les services de santé sont considérés comme un des principaux déterminants de la santé (Shah, 2003; Pineault et Daveluy, 1995; Lalonde, 1981). Et il existe des traitements reconnus pour de nombreux problèmes de santé mentale (Fournier et Coll., 2007; Costello et coll., 2005; Waddell et coll. 2005; Ustun, 1999). Malheureusement, malgré les investissements importants dans le système de santé au Canada, l'influence favorable sur la santé de la population ne s'est pas toujours avérée à la hauteur des attentes (Waddell et coll. 2005; Lalonde, 1981). Dans le but d'améliorer cette situation, la tendance est en faveur d'un renforcement des soins et services en 1<sup>re</sup> ligne tel qu'officialisé dans la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins primaires en 1978 (OMS, 1978) et réitéré au Québec par la Commission Clair en 2000 (Lévesque et Bergeron, 2003), incluant les soins et services en santé mentale (Waddell et coll., 2005; WHO, 2001).

---

<sup>1</sup>Document produit conjointement par l'Organisation mondiale de la santé, la Banque mondiale et l'École de santé publique de Harvard.

<sup>2</sup> « Disability-Adjusted Life-Years » : somme des années de vie perdues par décès prématuré ET par incapacité.

Au Québec, cette orientation se concrétise par l'adoption du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 (PASM) (Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2005) qui s'inscrit dans une réforme de l'ensemble du système de santé et de services sociaux amorcée en 2004 avec la mise en place des 95 Centres de santé et de services sociaux<sup>3</sup> (CSSS) à l'intérieur de 95 réseaux locaux de services de santé et de services sociaux couvrant toutes les régions du Québec (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2005). Des éléments importants de cette transformation sont l'emphase sur la mission de la 1<sup>re</sup> ligne, l'interdisciplinarité, la complémentarité, la qualité, l'accessibilité, la continuité, la responsabilité populationnelle, l'intégration et la hiérarchisation des services. Plus spécifiquement, le PASM introduit, entre autres, les trois éléments suivants<sup>4</sup> : une équipe de santé mentale de 1<sup>re</sup> ligne en CSSS, le psychiatre répondant et les soins basés sur la collaboration.

Cette transformation dans les soins et services en santé mentale, plus particulièrement sa composante de 1<sup>re</sup> ligne, s'accompagne d'une recherche évaluative mixte (qualitative et quantitative) de grande envergure (Fournier et coll. 2005). Il s'agit d'une recherche échelonnée sur quatre ans portant sur l'interaction entre le contexte et l'application du PASM en termes de modèles organisationnels qui en résulteront ainsi que sur l'influence de ces modèles sur la qualité des services médicaux et sur l'état de santé de la clientèle. La présente recherche s'insère dans le sillage de ce grand projet afin de fournir une perspective additionnelle : celle des médecins de 1<sup>re</sup> ligne<sup>5</sup> (MD1). En effet, ces derniers jouent actuellement un rôle central dans le domaine des soins et services en santé mentale (Fournier et coll., 2007). De plus, ils font partie des acteurs interpellés par la transformation de la 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale, d'où l'intérêt de connaître leurs perceptions de la présente transformation.

---

<sup>3</sup> Le CSSS est un nouvel établissement créé à l'intérieur de chaque réseau local de services. Le CSSS résulte en fait de la fusion des CLSC ainsi que des centres d'hébergement et de soins de longue durée du nouveau territoire et, dans la majorité des cas, d'un centre hospitalier.

<sup>4</sup> Ces trois éléments sont présentés dans la première section du prochain chapitre.

## **1.2. Le but et les questions de recherche**

L'objectif de la présente recherche est donc d'explorer les perceptions des médecins de 1<sup>re</sup> ligne<sup>5</sup> (MD1) en regard de la transformation actuelle de la 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale au Québec, particulièrement en ce qui concerne trois éléments sélectionnés à partir du PASM, soit l'équipe de santé mentale de 1<sup>re</sup> ligne en CSSS, le psychiatre répondant et les soins basés sur la collaboration. Les questions pour guider cette exploration sont :

- Comment les MD1 comprennent-ils cette transformation et comment se l'approprient-ils?  
(leur vision et attentes, sources d'informations, intérêts, avantages, désavantages, facteurs facilitant, obstacles)
- Quelles en sont les conséquences anticipées sur leurs pratiques?  
(relation médecin-patient, qualité des soins, relations interdisciplinaires, relation avec la 2<sup>e</sup> ligne, soins en collaboration, rôle du MD1, connaissances)

## **1.3. Une approche qualitative exploratoire**

La problématique exposée situe la présente recherche dans la sphère de l'évaluation des services de santé. L'objectif et les questions soulevés l'inscrivent dans les approches qualitatives/interprétatives qui se développent en recherche évaluative depuis les années 1970s et qui se démarquent par l'intérêt porté à l'expérience contextualisée des acteurs qui vivent les programmes, particulièrement les intervenants et/ou les usagés (Greene, 2000). La stratégie retenue est donc celle d'une approche qualitative. Selon Deslauriers et Kérisit (1997), la recherche qualitative se prête bien à l'évaluation des politiques (ici le PASM), à l'étude du transitoire (ici le stade d'implantation) et à l'étude du quotidien et de l'ordinaire (ici les perceptions des MD1 en pratique médicale de 1<sup>re</sup> ligne). Ils mentionnent aussi

---

<sup>5</sup> Médecins généralistes, médecins omnipraticiens, médecins de famille.

l'utilité de ce type d'approche dans les situations où la recherche a pour but de comprendre des processus ou des phénomènes complexes (ici la transformation de la 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale). Plus précisément, la présente étude est une recherche qualitative exploratoire puisqu'elle sera utilisée davantage pour explorer une situation donnée à partir des questions de recherche que pour décrire la situation en détails (Deslauriers et Kérisit, 1997). La nature exploratoire de la recherche permet aussi de se familiariser avec les gens et leurs préoccupations (Deslauriers et Kérisit, 1997), en l'occurrence ici, les MD1.

Mais, qu'est-ce qu'une recherche qualitative? Il est difficile de définir la recherche qualitative parce qu'il s'agit d'une approche très diversifiée : divers auteurs proposent diverses définitions et/ou critères d'inclusion ou d'exclusion (Snape et Spencer, 2003; Pires, 1997). À la base, la recherche qualitative constitue une approche au développement des connaissances qui ne passe pas par la numérisation (Pires, 1997). Plusieurs mettent l'accent sur la recherche de sens, la compréhension et l'interprétation des différentes réalités du monde (Snape and Spencer, 2003) telles qu'appréhendées à travers des récits, des écrits, des expériences vécues par différentes personnes et/ou des entretiens avec différentes personnes (Pires, 1997). Il existe certaines approches traditionnelles en recherche qualitative dont la biographie, la phénoménologie, la théorie ancrée, l'ethnographie, les études de cas (Creswell, 1998); il existe aussi des formes émergentes telles la recherche participative (Reason, 1994) et l'évaluation de 4<sup>e</sup> génération (King et Appleton, 1999) ainsi que des recherches qualitatives génériques (Caelli et coll., 2003), c'est à dire sur mesure. Bien sûr, ces différentes approches relèvent de différents paradigmes<sup>6</sup> et utilisent des méthodes variées de recherche. Dans le but d'assurer la qualité d'une recherche qualitative en particulier, le paradigme sous-jacent doit être explicité et les choix des méthodes justifiées, d'autant plus lorsqu'il s'agit d'une approche qualitative générique (Caelli, 2003) comme dans la présente recherche. L'approche qualitative influence l'ensemble de la recherche, dès sa conception jusqu'au rapport final, en

---

<sup>6</sup> Tel que défini par Guba et Lincoln (1994), un paradigme est un système de croyances fondamentales basé sur la position ontologique, épistémologique et méthodologique d'une personne ou d'un groupe de personnes et qui sous-tend leur représentation du monde (adaptation et traduction libre).

passant par la revue de la littérature, la méthodologie, les résultats et la discussion. À cet effet, l'orientation et le plan de l'ensemble du mémoire sont présentés dans la section suivante.

#### **1.4. Présentation du mémoire**

Ce mémoire rend compte de la recherche réalisée et des résultats obtenus dans le cadre de la maîtrise en santé communautaire. L'accent est mis sur la méthode originale utilisée et la richesse des résultats obtenus tout en situant cette méthode et ces résultats par rapports à divers contextes reliés et inter reliés. D'abord il y a le contexte de l'avancement des connaissances qui comprend la nature des connaissances, les façons d'obtenir de nouvelles connaissances, la signification des nouvelles connaissances obtenues et leur intégration aux connaissances existantes. Puis il y a le contexte concret constitué des systèmes de soins et services, des personnes avec des problèmes de santé mentale et des intervenants dont les MDI. Finalement, il y a le contexte abstrait des conceptions, des perceptions et des interprétations.

Le Chapitre 1 d'introduction, qui amène le sujet de la recherche et annonce la façon que ce sujet est traité, se termine ici avec la présentation du plan du mémoire. Le Chapitre 2 sur le contexte se limite à présenter le PASM (incluant l'équipe de santé mentale de 1<sup>re</sup> ligne en CSSS, le psychiatre répondant et les soins basés sur la collaboration), les services médicaux en 1<sup>re</sup> ligne et le paradigme du réalisme critique. Ces trois aspects contextuels sont nécessaires pour situer la recherche; d'autres aspects contextuels sont abordés au fur et à mesure qu'ils deviennent pertinents dans le mémoire. À noter qu'en concordance avec la méthode analytique utilisée, aucune hypothèse préalable à la recherche n'est proposée. Cette particularité est justifiée dans le Chapitre 3 sur la méthodologie qui décrit les bases théoriques ainsi que le déroulement pratique de l'échantillonnage intentionnel, de la collecte de données par entretiens semi-dirigés et de l'analyse des données inspirée de la théorisation ancrée. Une discussion sur les critères de qualité et les considérations

éthiques terminent ce chapitre. Le Chapitre 4 sur les résultats complète d'abord le portrait des participants à partir des caractéristiques issues des entretiens semi-dirigés. Puis, les résultats obtenus sont présentés en deux temps. Dans un premier temps, la formation des trois catégories conceptuelles regroupant les perceptions exprimées par les participants est décrite en détails. Dans un deuxième temps, l'élaboration du schéma conceptuel mettant en relation les catégories est expliquée. Une synthèse des résultats clôt le chapitre. La discussion au Chapitre 5 porte d'abord sur les forces et les limites de la présente recherche. Ensuite, les résultats obtenus sont comparés à divers écrits de la littérature. Le Chapitre 6 conclut le mémoire.

## **CHAPITRE 2 : CONTEXTE**

Ce deuxième chapitre porte sur des informations contextuelles nécessaires pour situer la présente recherche. D'abord le PASM, qui peut être considéré comme le facteur déclencheur de cette recherche, est présenté incluant les trois éléments suivants : l'équipe de santé mentale de 1<sup>re</sup> ligne en CSSS, le psychiatre répondant et les soins basés sur la collaboration. Ensuite, il est question des services médicaux de 1<sup>re</sup> ligne au Québec puisque la recherche s'effectue à partir des MD1 et que la 1<sup>re</sup> ligne reçoit une attention croissante dans la réorganisation des soins et services de santé. Finalement, le paradigme du réalisme critique, qui sous-tend l'approche adoptée pour réaliser cette recherche, est expliqué.

### **2.1. Le plan d'action en santé mentale**

Le PASM est un document ministériel de planification des soins et services en santé mentale qui a été rendu public en mai 2005 (Fournier, 2005). Il compte 96 pages et sa version électronique se trouve sur le site web du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (MSSS). Tout le monde peut le consulter en ligne et le télécharger sans frais. Avant de discuter du contenu du PASM, un bref survol de la planification en santé est présenté. Puis, après avoir discuté de la planification en général et du PASM plus spécifiquement, la section se termine sur un aperçu du contexte plus large de la planification en santé mentale.

Différents auteurs proposent des définitions de la planification de la santé, mais elles comportent néanmoins des caractéristiques communes (Pineault et Daveluy, 1995). À partir de ces dernières, il ressort que la planification concerne l'avenir en termes d'actions à entreprendre pour obtenir des résultats escomptés. De plus, la planification comprend plusieurs étapes qui en font un processus continu et dynamique, d'où la pertinence d'un processus d'évaluation intégré. Aussi, de par sa nature, la planification est interdisciplinaire et elle est liée au contexte sociopolitique. Ces dernières caractéristiques justifient la prise en considération des intérêts des divers acteurs. D'autre part, la planification se décline sur quatre niveaux, selon sa portée. Ces niveaux sont représentés dans le tableau suivant (Tableau I, page 10).

**Tableau I :**  
**Niveaux de planification\***

<b>Type de planification</b>	<b>Formalisation dans l'action</b>	<b>Portée (objectifs)</b>
<b>NORMATIF</b> Que devrions-nous faire?	<b>POLITIQUE</b> L'idéal...	<b>MISSION</b> Selon les problèmes et les besoins identifiés
<b>STRATÉGIQUE</b> Qu'allons-nous faire?	<b>PLAN DIRECTEUR</b> Le possible...	<b>BUTS</b> Orientations et priorités
<b>TACTIQUE</b> Définir ce qui est à faire.	<b>PROGRAMME ou PROJET</b> Agencement des ressources pour atteindre les objectifs	<b>OBJECTIFS GÉNÉRAUX</b> et <b>OBJECTIFS SPÉCIFIQUES</b>
<b>OPÉRATIONNEL</b> La mise en œuvre.	<b>OPÉRATIONS</b> Utilisation des ressources	<b>OBJECTIFS OPÉRATIONNELS</b> Déroulement des activités

\*adapté de Pineault et Daveluy (1995, p.36)

Le PASM se situe principalement dans les niveaux de planification stratégique et tactique avec quelques incursions dans le niveau normatif et opérationnel. Bien que les niveaux de planification abordés dans le PASM ne soient pas explicitement nommés ni regroupés, il est possible de les déduire à partir du texte. À cet égard, les paragraphes suivants reprennent individuellement chacun des niveaux de planification et présentent les principaux éléments du PASM correspondant à chaque niveau.

Au niveau normatif, le PASM rapporte qu'au Québec une personne sur six souffre d'un problème de santé mentale, que le taux de suicide est plus élevé qu'ailleurs au Canada, que l'attention portée aux problèmes de santé mentale n'est pas toujours suffisante et que les personnes atteintes ne reçoivent pas tous les traitements dont elles ont besoin. Voilà pourquoi le MSSS fait de la santé mentale une priorité nationale et désire mobiliser l'ensemble des acteurs concernés pour améliorer l'aide offerte par la société aux personnes touchées par des problèmes de santé mentale. Ceci passe par la volonté de parfaire le système québécois de santé mentale.

Au niveau stratégique, les priorités identifiées dans le PASM sont de:

- favoriser le rétablissement des personnes dans leur globalité et faciliter leur participation dans la vie en société,
- contrer la stigmatisation entourant les problèmes de santé mentale,
- améliorer l'accès aux services de santé de 1<sup>re</sup> ligne,
- utiliser les ressources de façon optimale (inclut le partenariat),
- réorganiser les services spécialisés afin de soutenir les services de 1<sup>re</sup> ligne,
- rendre accessible les services de santé mentale pour les jeunes,
- réduire les décès par suicide.

Pour ce faire, le PASM mise sur l'instauration de services de 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale en utilisant l'expertise des intervenants qui y travaillent et en facilitant le passage vers les services spécialisés au besoin. C'est une stratégie basée sur le développement prioritaire de services de 1<sup>re</sup> ligne accessibles pour tous, la hiérarchisation des services selon les niveaux de services et les soins basés sur la

collaboration. La qualité des soins, l'appropriation du pouvoir par les personnes avec un problème de santé mentale, la lutte contre la stigmatisation, la recherche, l'évaluation, le financement, la formation et l'information sont aussi mentionnés. Cependant, les aspects de restructuration des services et l'organisation du réseau prédominent. À noter que les activités de prévention et de promotion sont volontairement peu élaborées dans le PASM puisque ces activités y sont considérées du recours de la santé publique.

Au niveau tactique, le PASM détermine de nombreuses activités à réaliser sur le plan local, régional et national pour atteindre les objectifs fixés. Certaines activités et certains objectifs sont peu détaillés tandis que d'autres le sont plus. Par exemple, la description des soins basés sur la collaboration demeure générale tandis que le psychiatre répondant et l'équipe de santé mentale de 1<sup>re</sup> ligne en CSSS sont décrits plus précisément. En effet les soins basés sur la collaboration, aussi appelés les soins partagés dans le PASM, font référence à des approches non-spécifiées axées sur la collaboration entre différents intervenants à différents niveaux de services et des principes de base généraux sont suggérés afin d'obtenir de bons résultats. En revanche, le psychiatre répondant réfère spécifiquement à un interlocuteur privilégié auprès des intervenants de 1<sup>re</sup> ligne pour obtenir un avis spécialisé et l'objectif fixé est d'atteindre le ratio d'un psychiatre répondant par 50 000 de population. De même, l'équipe de santé mentale est assez bien détaillée dans le PASM. Il s'agit d'une équipe interdisciplinaire d'évaluation (guichet d'accès) et de traitement située dans chaque CSSS avec un volet adulte et un volet jeunesse. Parmi les ressources qualifiées et diversifiées de l'équipe figurent des MD1 ou pédiatres généraux et des psychiatres. Les services offerts sont en continuité avec les services de 1<sup>re</sup> ligne existants et les ressources spécialisées (2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> ligne). Ainsi, cette équipe s'adresse entre autres aux personnes qui ne peuvent être vues dans la 1<sup>re</sup> ligne existante et de plus constitue une voie d'accès privilégiée aux services spécialisés. L'objectif rattaché à l'équipe de santé mentale de 1<sup>re</sup> ligne en CSSS est de répondre à l'intérieur de 7 jours à l'intervenant qui y dirige une personne avec un problème de santé mentale et de donner à la personne référée l'accès au traitement à l'intérieur d'un

mois. L'entrée en fonction de cette équipe est fixée à l'année 2005-2006 dans le PASM.

Cependant, la mise en œuvre du PASM, bien que figurant dans les objectifs de la planification tactique, relève de la planification opérationnelle qui revient en grande partie aux instances locales (CSSS). Le projet clinique représente la démarche d'adaptation et d'actualisation sur le plan local. Chaque CSSS doit réaliser son projet clinique, mais le PASM en établit les grandes lignes. Bref, il reste à chaque CSSS d'évaluer la situation existante sur son territoire local en termes de ressources, de services, de modèles cliniques et de collaboration, puis de combler l'écart entre la situation actuelle et la situation visée par le PASM afin de répondre aux besoins en santé mentale de la population.

Deux notions en lien avec la planification proposée par le PASM méritent d'être soulignées. D'abord, contrairement au plan d'action précédant de 1998 (Collectif, 2001), le présent PASM ne se centre pas uniquement sur les troubles graves de santé mentale, qui affectent environ 2% de la population (Collectif, 2001), mais sur l'ensemble des problèmes de santé mentale, qui affectent environ 20% de la population au Canada (Vasiliadis et coll., 2005; Fleury et Grenier, 2002). Ceci inclut les troubles anxieux et les troubles de l'humeur comme la dépression<sup>1</sup> qui sont les plus fréquents (courants) dans la population générale et pour lesquels les personnes atteintes consultent surtout en 1<sup>re</sup> ligne (Fournier et coll., 2007). De même, le PASM inclut la pédopsychiatrie. Chez les enfants canadiens âgés entre 4 et 17 ans, la prévalence de problèmes de santé mentale causant de la détresse et des troubles de fonctionnement serait de 14% (Waddell et coll., 2005). L'autre notion est celle de l'harmonisation du PASM avec la récente réforme de l'ensemble du système de santé au Québec. En effet, les grandes orientations qui sous-tendent la réforme se

---

<sup>1</sup> Dans le PASM, le terme de troubles mentaux transitoires leur est parfois accolé malgré leur possibilité de récurrence et d'évolution vers la chronicité (Fournier et coll., 2007). Ces troubles se retrouvent probablement aussi en grande partie dans le PASM sous l'appellation de troubles mentaux modérés, un terme qui y désigne des troubles nécessitant un traitement et interférant avec le fonctionnement habituel de la personne, mais à un degré moindre que les troubles graves.

retrouvent aussi dans le PASM, notamment le renforcement de la 1<sup>re</sup> ligne, la hiérarchisation des soins et la collaboration au sens large.

Par ailleurs, l'élaboration du PASM, incluant les deux notions soulignées dans le paragraphe précédent, rejoint les grandes orientations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Effectivement, l'OMS recommande d'établir et de réviser les politiques, les programmes (et la législation) en santé mentale afin d'assurer une action durable pour contrer l'énorme fardeau en terme humain, social et économique qui résulte des problèmes de santé mentale (WHO, 2001). Dans le même but, l'OMS recommande aussi l'offre de soins et services de santé mentale 1<sup>re</sup> ligne, avec cependant un soutien spécialisé (2<sup>e</sup> ligne ± 3<sup>e</sup> ligne). Parmi les avantages potentiels des soins et services de santé mentale en 1<sup>re</sup> ligne figurent une qualité supérieure des soins, la possibilité de traiter de façon concomitante les problèmes de santé physique, une diminution de la stigmatisation associée aux problèmes de santé mentale, une meilleure accessibilité et des coûts moindres (WHO, 2001).

Inspirés par le rapport de l'OMS (WHO, 2001) et suite à une revue de la littérature, Thornicroft et Tansella (2003) préconisent un modèle équilibré de soins et services en santé mentale (*balanced care model*) avec à la base les soins et services de 1<sup>re</sup> ligne avec soutien spécialisé. Puis, l'accent est mis sur les soins et services de santé mentale dans la communauté sans exclure l'hospitalisation lorsque requise. L'ensemble de ces soins et services devrait être bien intégré et adapté à la situation de chaque pays. Ils rappellent que le modèle s'inscrit dans la continuité de l'histoire récente des soins et services en santé mentale qui a connu l'avènement de l'époque asilaire dans les années 1880-1950, puis son déclin, suivi de la quête des soins et services équilibrés actuelle<sup>2</sup>. Le Québec partage les grandes lignes de l'histoire décrite (Fleury et Grenier, 2004) et le PASM tend aussi vers le modèle équilibré

---

<sup>2</sup> Thornicroft et Tansella (2003) précisent cependant que la désinstitutionnalisation de la santé mentale, lorsque remplacée par des soins et services communautaires appropriés, ne s'accompagne pas nécessairement d'une réduction des coûts, mais s'accompagne d'une augmentation de la qualité.

proposé. Quelques détails additionnels du modèle des soins et services équilibrés en santé mentale sont présentés dans le paragraphe suivant.

Aux soins et services de santé mentale de 1<sup>re</sup> ligne avec soutien spécialisé (*primary care mental health with specialist backup*), s'ajoutent, selon le niveau de ressources du pays, les soins et services de santé mentale dans la communauté (*mainstream mental health care*) puis les soins et services surspécialisés en santé mentale (*specialized and differentiated mental health services*) (Thornicroft et Tansella, 2003). Ces derniers sont dédiés à des groupes ciblés et des objectifs ciblés, par exemple les équipes de traitement intensif dans la communauté (*assertive community treatment teams*), les cliniques spécialisées pour les troubles psychotiques, les hôpitaux de jour en psychiatrie, les services résidentiels avec supervision 24/7. Quant aux soins et services de santé mentale dans la communauté, ceux-ci devraient se centrer sur les personnes avec des diagnostics complexes, des symptômes très sévères, des dysfonctions graves, des conditions qui ne répondent pas au traitement et des conditions chroniques en plus d'offrir du soutien aux intervenants de 1<sup>re</sup> ligne. Les équipes de santé mentale en 1<sup>re</sup> ligne, l'hospitalisation en phase aiguë (*acute inpatient care*), l'hébergement à long terme, la coordination intra et inter sectorielle sont des exemples de ce type de soins et services. Finalement, la balance des soins et services aux personnes avec un problème de santé mentale revient à la 1<sup>re</sup> ligne.

## **2.2. La 1<sup>re</sup> ligne médicale**

Pour l'OMS, les soins de santé primaires (de 1<sup>re</sup> ligne) demeurent un concept de base depuis la Conférence internationale d'Alma-Ata sur les soins primaires qui a eu lieu en 1978 (WHO, 2003). À la suite de cette conférence organisée par l'OMS et l'UNICEF, les ministres de la santé de nombreux pays ont ratifié la Déclaration d'Alma-Ata (Green et coll., 2006). De cette déclaration origine l'objectif de santé pour tous. Plusieurs principes y sont avancés dont l'équité, l'implication de la communauté, l'intégration de la prévention, la considération des divers déterminants de la santé, les stratégies intersectorielles, l'utilisation appropriée des technologies

(OMS, 1978; Green et Coll, 2006). En ce qui a trait aux soins primaires, la définition suivante y est énoncée :

Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire.

(OMS (1978). Déclaration d'Alma-Ata)

Cette définition comporte déjà les notions de données probantes, d'accessibilité et de continuité des services, de respect de la personne, de prise en considération des coûts, d'implication gouvernementale, d'intégration des niveaux de soins et services. D'autre part, comme en fait foi l'extrait suivant, la notion de soins basés sur la collaboration avec la disponibilité d'un soutien spécialisé (services de recours) ainsi qu'une ouverture aux approches alternatives/communautaires (praticiens traditionnels) y sont aussi présentes. À noter que les médecins font partie du personnel de soins de santé primaires.

Les soins de santé primaires [...] font appel tant à l'échelon local qu'à celui des services de recours aux personnels de santé - médecins, infirmières, sages-femmes, auxiliaires et agents communautaires, selon le cas, ainsi que, s'il y a lieu, praticiens traditionnels - tous préparés socialement et techniquement à travailler en équipe et à répondre aux besoins de santé exprimés par la collectivité.

(OMS (1978). Déclaration d'Alma-Ata)

Selon Green et coll. (2006), la Déclaration de Alma-Ata a influencé les politiques de santé dans plusieurs pays, surtout dans les années 1980s. Puis, cette déclaration a été quelque peu mise de côté dans les restructurations et les réformes des années 1990s. De plus, l'attention a été portée surtout vers les éléments plus concrets, tel la

vaccination, au détriment des principes énumérés ci-haut. Cependant, ces derniers reviennent actuellement à l'ordre du jour au même titre que l'importance des soins primaires et des intervenants de 1<sup>re</sup> ligne dans les systèmes de santé. Cette section examine la place des MD1 en 1<sup>re</sup> ligne au Québec et se termine sur un aperçu de l'utilisation par les personnes avec un problème de santé mentale des services offerts par les MD1.

Dans son étude visant à identifier les différents modèles organisationnels en 1<sup>re</sup> ligne au Canada, Lamarche (2002) considère que, dans le contexte canadien, une unité organisationnelle de 1<sup>re</sup> ligne (UO) doit offrir ses services dans le cadre du régime public de santé, doit comprendre au minimum les services d'un MD1, doit viser l'ensemble de la population et doit être située dans la communauté. Cela exclut donc les services de santé destinés à des groupes particuliers ainsi que les services ambulatoires offerts par les centres hospitaliers. Par déduction, la plupart des cabinets privés<sup>3</sup> de MD1 au Québec peuvent être considérés comme des unités organisationnelles de 1<sup>re</sup> ligne et il en va de même pour la plupart des CLSC. Cette déduction concorde avec celle de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec qui considère les activités médicales de 1<sup>re</sup> ligne comme le travail effectué par les MD1 en cabinets privés et en CLSC, incluant les soins à domicile (Savard et Rodrigue, 2007). En 2005-2006, 60% des activités médicales effectuées par les 7641 MD1 exerçant au Québec ont été au niveau de cette 1<sup>re</sup> ligne tandis que 35% l'ont été au niveau de la 2<sup>e</sup> ligne, c'est à dire en centre hospitalier incluant aux services des urgences (Savard et Rodrigue, 2007).

Le MD1 est traditionnellement l'intervenant principal dans les cabinets privés tandis que les CLSC comptent sur une variété d'intervenants incluant des MD1. Mais, dans certains cabinets privés de MD1 travaillent aussi d'autres professionnels de la santé. Depuis les années 1970s, l'état rémunère le travail des MD1. Typiquement, la

---

<sup>3</sup> Dans ce mémoire, le terme cabinet privé réfère à un local situé hors établissement où pratiquent un ou plusieurs MD1 (Conseil médical du Québec, 2001) dans le cadre du régime public de santé, ce qui inclut les cliniques médicales, les polycliniques et les centres médicaux.

rémunération en cabinet privé est à l'acte tandis qu'en CLSC il s'agit d'un salaire. En 1999, 20,8% des MD1 au Québec exerçaient à temps complet en CLSC contre 21,9% qui exerçaient uniquement en cabinet privé (Conseil médical du Québec, 2001). Cependant, en cette même année, plus du trois quarts des MD1 effectuaient au moins la moitié de leurs activités médicales en cabinet privé (Conseil médical du Québec, 2001). Bien que plus ancien, le cabinet privé demeure le mode d'organisation prédominant au Québec avec une proportion de 69,8% des MD1 qui y ont exercé au moins une partie de leurs activités médicales en 2005-2006 (Savard et Rodrigue, 2007). Quant aux CLSC, ils ont été introduit par le gouvernement du Québec dans les années 1970s avec comme mission l'amélioration de l'état de santé ainsi que des conditions sociales de la population par une approche multidisciplinaire et communautaire (Desrosiers, 1996). Une proportion de 28,2% des MD1 du Québec y ont exercé au moins une partie de leurs activités médicales en 2005-2006 (Savard et Rodrigue, 2007). Le Québec compte 147 CLSC et plus de 800 cabinets privés, ce dernier chiffre inclut cependant aussi les cabinets privés de médecine spécialisée (Lévesque et Bergeron, 2003).

En décembre 2000, après les fusions, fermetures et restructurations d'hôpitaux des années 1990s, la Commission Clair du Québec recommande un renforcement de la 1<sup>re</sup> ligne avec une approche intégrée et interdisciplinaire de soins dans un système organisationnel flexible (Lévesque et Bergeron, 2003). Cette même commission propose la formation de Groupe de médecine familiale (GMF) suite aux problèmes constatés dans l'offre des soins médicaux de 1<sup>re</sup> ligne par les CLSC (Lévesque et Bergeron, 2003). Le GMF est une organisation composée de MD1 travaillant en groupe, en collaboration avec des infirmières, et qui offre une gamme étendue de services à une clientèle qui s'y inscrit librement (Beaulieu, 2006). En date de février 2006, environ mille MD1 travaillent dans les 100 GMF formés (Beaulieu, 2006).

D'autre part, la réforme de l'ensemble du système de santé initiée en 2004 par le gouvernement du Québec résulte en la mise en place d'un nouveau mode d'organisation territoriale des services dans le but de rapprocher les services de la

population et de les rendre plus accessibles, mieux coordonnés et continus. Le territoire du Québec est donc divisé en 95 réseaux locaux de services et un nouvel établissement, le Centre de santé et de services sociaux (CSSS), est créé à l'intérieur de chaque réseau local (MSSS, 2005). Le CSSS résulte en fait de la fusion des CLSC ainsi que des centres d'hébergement et de soins de longue durée du nouveau territoire et, dans la majorité des cas d'un centre hospitalier (MSSS, 2005). Les CLSC font donc maintenant partie des CSSS.

De plus, à Montréal, les instances régionales ont développé dans les dernières années un concept additionnel, celui des cliniques-réseau<sup>4</sup> (CR) (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2006), pour assurer une meilleure intégration entre les nouveaux CSSS et les MD1. Les CR sont en fait composées d'unités organisationnelles (ex : cabinets privés, CLSC, GMF) qui offrent déjà des services médicaux de 1<sup>re</sup> ligne et acceptent de jouer en plus un rôle de liaison/coordination avec les CSSS. À l'automne 2006, il y avait une dizaine de CR à Montréal. Récemment, d'autres régions ont adopté ce concept et quelque CR ont y ont été formées.

Autant les CR que les GMF bénéficient de ressources matérielles et humaines additionnelles en échange d'une offre de services accrue en termes de prise en charge des patients et de plages horaires. À noter que la plupart des GMF et des CR sont issus de cabinets privés et/ou de CLSC. Il s'agit en fait de cabinets privés et/ou de CLSC au sein desquels les MD1 se sont regroupés pour organiser leur travail en GMF et/ou en CR<sup>5</sup>. Les services médicaux de 1<sup>re</sup> ligne sont donc en pleine réorganisation et la transformation de la 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale s'inscrit dans cette réorganisation. À noter que dans le PASM sont mentionnés les cabinets privés et les GMF en lien avec le travail des MD1, mais pas les CLSC ni les CR.

---

<sup>4</sup> Initialement appelés centres médicaux associés (CMA)

<sup>5</sup> À noter que dans le portrait des profils de pratique des omnipraticiens de la FMOQ (Savard et Rodrigue, 2007), la désignation GMF ou de CR n'y est pas prise en considération, les types d'unités organisationnelles étant distingués seulement en termes de cabinet privé et de CLSC.

D'autre part, de nombreuses personnes consultent déjà les MDI pour des problèmes de santé mentale (WHO, 2001). Au Québec, le MDI est d'ailleurs le professionnel le plus consulté pour des problèmes de santé mentale, suivi des psychologues, des travailleurs sociaux/conseillers/psychothérapeutes, des groupes d'entraide puis des psychiatres (Fournier et coll., 2007). Selon une enquête effectuée en 2002, environ 20% de la population souffre d'un problème de santé mentale au Canada (Vasiliadis et coll., 2005). La même enquête montre qu'au Québec, la moitié de ces personnes (environ 10% de la population) utilise les ressources de santé pour un problème de santé mentale. Parmi ces personnes, la moitié (environ 5% de la population) consulte un MDI (Vasiliadis et coll., 2005).

Une autre étude rapporte qu'à Montréal, en 2004-2005, 7,7% de la population a eu au moins un « contact santé mentale<sup>6</sup> » avec le réseau de la santé (Benigeri, 2007). De ce 7,7%, la majorité (60%) a eu au moins une consultation avec un MDI en cabinet privé tandis qu'une proportion de 14% a eu au moins une intervention en CLSC. Le type d'intervenant (MDI ou autre) rencontré en CLSC n'est cependant pas spécifié. Les désignations GMF et CR ne sont pas prises en considération non plus. Néanmoins, le MDI est demeuré l'unique contact santé mentale avec le réseau pour la moitié des personnes (49%) qui y ont eu recours.

### **2.3. Le réalisme critique**

La section précédente donne un aperçu de la complexité de la 1<sup>re</sup> ligne, un milieu changeant, déjà impliqué dans les soins en santé mentale et subissant les influences d'une multitude de facteurs auxquels s'ajoute maintenant le PASM. Cette situation est typique des systèmes sociaux qui sont des systèmes ouverts et en évolution plutôt qu'en équilibre (Sayer, 2000). Et, ces systèmes ne peuvent pas être fermés ni isolés afin de les étudier. Confrontés à de telles situations, les tenants du réalisme critique

---

<sup>6</sup> Inclut les consultations avec un MDI en cabinet privé facturé avec un code d'acte en santé mentale, les consultations à l'urgence avec un psychiatre, les consultations en cabinet privé avec un psychiatre, les interventions en CLSC avec un profil de santé mentale, les consultations en clinique externe avec un psychiatre, les hospitalisations avec un diagnostic principal en santé mentale.

remettent en question la recherche de régularités et la linéarité des processus causaux (Sayer, 2000). Ils proposent plutôt une recherche d'explications à partir de la compréhension des mécanismes causaux et du fonctionnement de ces derniers. Cette démarche prend appui sur la conceptualisation des diverses composantes de l'objet à l'étude, par exemple par l'entremise de la création de catégories, avant de revenir à l'objet. Les composantes en présence et leur nature résultent en l'occurrence possible ou nécessaire de certains événements, selon le cas. Les processus causaux peuvent donc résulter en des événements différents dans des contextes différents, ce qui explique l'émergence de phénomènes nouveaux.

L'importance attribuée à l'explication des mécanismes causaux constitue une des particularités du réalisme critique (Sayer, 2000; Tilley et Pawson, 1997). Ce paradigme se distingue aussi sur les plans ontologique (la nature de la réalité), épistémologique (théories de la connaissance), méthodologique (manière de développer les connaissances) et téléologique (sa finalité).

Au niveau ontologique, l'indépendance du monde face au savoir est à la base du réalisme critique (Crossley, 2005; Sayer, 2000; Tilley et Pawson, 1997). La connaissance du monde passe par les descriptions et/ou les explications (perceptions et conceptions), mais cela n'empêche pas l'existence des choses qui n'ont pas encore été décrites et/ou expliquées. De plus, les descriptions et/ou les explications peuvent s'avérer erronées pour être remplacées par de nouvelles descriptions et/ou explications et ainsi faire évoluer les connaissances. Il faut donc faire la distinction entre le monde réel et l'expérience humaine de ce monde. Une composante interprétative fait partie de tout développement des connaissances, bien que ce soit plus apparent dans le domaine des sciences sociales où une approche à prédominance interprétative devient essentielle pour comprendre le sens d'un phénomène (Sayer, 2000). C'est que le réel peut être physique comme il peut être social. Le réel, c'est ce qui existe, peu importe sa nature. L'actuel, c'est ce qui résulte de l'interaction entre des choses réelles selon leurs caractéristiques propres et le contexte spatio-temporel. Autrement dit, l'actuel c'est l'effet qui résulte de l'activation d'un

mécanisme causal dans certaines conditions. L'empirique relève de l'expérience, c'est ce qui est observé.

Au niveau épistémologique et méthodologique, le réalisme critique s'accommode d'épistémologies et de méthodologies diversifiées dans la mesure où il y a adéquation entre la nature de l'objet étudié et le savoir recherché à propos de l'objet à l'étude. D'ailleurs, l'étude des différents aspects d'objets complexes requiert des approches diversifiées, flexibles et sensibles au contexte (Sayer, 2000). Il y a donc une grande ouverture à l'utilisation de différentes théories de la connaissance, incluant le constructivisme<sup>7</sup>, et de méthodologies, incluant le qualitatif.

Le qualificatif « critique » dans le réalisme critique réfère au niveau téléologique en désignant l'ouverture à la critique des pratiques sociales étudiées, dans la mesure où cela permet d'envisager des améliorations (Sayer, 2000). Ceci cadre bien au contexte d'évaluation, le but étant d'informer pour éventuellement améliorer la politique, le programme ou les services évalués (Green, 2000). En effet, le réalisme critique se prête bien à la recherche évaluative. Les tenants de l'évaluation réaliste (Pawson et Tilley, 1997) postulent que l'effet des programmes sociaux (effets) dépend de l'introduction des idées et des opportunités aux différents groupes d'acteurs (mécanismes) dans des conditions sociales et culturelles appropriées (contexte) i.e. « mécanismes + contexte = effets des programmes »<sup>8</sup>. Ici, les programmes sociaux sont considérés comme la création de changements dans des systèmes sociaux ouverts (Pawson et Tilley, 1997) et les effets des programmes passent par les réactions (perceptions, choix) des différents groupes d'acteurs impliqués (Sayer, 2000). Par analogie, les politiques, réformes et programmes de santé et services sociaux, incluant le PASM peuvent être considérés comme des programmes sociaux. Les systèmes de santé ainsi que la société sont des systèmes sociaux ouverts. Conséquemment, il est à prévoir que l'introduction du PASM

<sup>7</sup> Dans le sens épistémologique (théorie du savoir) du constructivisme qui prétend que les personnes construisent activement les différentes réalités, mais non dans son sens ontologique (théorie de l'existence) qui prétend que la réalité n'existe pas au delà de ces constructions (Crossley, 2005)

<sup>8</sup> Traduction libre du texte anglais : *outcome=mechanism+context*

amène des idées et des opportunités pour les MD1 auxquelles ces derniers réagiront en fonction du contexte. Ainsi, cette perspective contribue à comprendre le processus de transformation de la 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale.

## **CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE**

Ce troisième chapitre décrit les différentes étapes franchies dans la réalisation de cette recherche. À noter que l'aspect qualitatif se reflète dans chacune des ces étapes : l'échantillonnage qui est intentionnel, la collecte des données par entretiens semi-dirigés et l'analyse inspirée principalement de la théorisation ancrée selon Paillé (1994). Chacune de ces étapes est donc détaillée en deux temps. D'abord, un aperçu des assises théoriques sous-jacentes en lien à cette recherche est présenté. Puis, la procédure effectuée est rapportée. Le chapitre se termine sur une discussion des critères de qualité appliqués à la démarche effectuée et des considérations éthiques.

### **3.1. Un échantillonnage intentionnel**

#### **3.1.1. Assises théoriques**

L'échantillonnage, au sens opérationnel, réfère à prélever une partie (un échantillon) d'un tout (une population) tandis qu'au sens large, cette démarche réfère à sélectionner le ou les cas qui seront étudiés (Rose cité par Pires, 1997, p.113). En recherche qualitative, la modalité d'échantillonnage privilégiée est celle de l'échantillonnage intentionnel (non-aléatoire) plutôt qu'aléatoire (Pires, 1997). Contrairement à l'échantillonnage aléatoire, dont la puissance et la logique dérivent de la théorie de la probabilité, la puissance et la logique de l'échantillonnage intentionnel sont de choisir le(s) unité(s) d'analyse le(s) plus susceptible(s) de fournir des informations pertinentes par rapport à l'objet de la recherche (Patton, 2002; Pires, 1997). L'indépendance de l'échantillonnage intentionnel vis-à-vis la statistique résulte en l'obtention d'un échantillon dit par choix raisonné (Pires, 1997).

Dans la présente recherche, la transformation de la 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale au Québec est considérée comme l'objet à l'étude. Cet objet est abordé ici par l'entremise d'un groupe d'acteurs appelés à être directement interpellés par le phénomène, les MD1. Le choix des MD1 comme population à l'étude est motivé par la capacité de ce groupe d'apporter un éclairage pertinent au phénomène à l'étude, de

par leur formation et leur travail. Ceci renvoie d'ailleurs au but et aux questions de la recherche. Les unités d'analyses sont donc les MD1 et c'est à partir des MD1 que l'échantillonnage est planifié. Il en résulte donc un échantillon par homogénéisation, puisqu'il ne contient que des MD1, et un échantillon par cas multiples, puisqu'il contient plusieurs MD1. Les implications associées à ces types d'échantillons sont relatées dans ce qui suit.

Dans un échantillon par homogénéisation, la diversification externe est volontairement restreinte, ce qui fait que l'objet à l'étude est abordé sous un angle spécifique plutôt que globalement. Le contrôle de la diversification externe résulte ici du fait de choisir uniquement des MD1 comme unités d'analyses. La diversification externe est encore davantage restreinte par l'adoption des critères d'éligibilité (un critère d'inclusion et deux critères d'exclusion) et par des considérations pratiques. Le critère d'inclusion et un premier critère d'exclusion servent à s'assurer que les MD1 participants ont l'expertise pertinente par rapport au sujet de l'étude. En effet, ils doivent avoir une pratique active en soins ambulatoires (avec et/ou sans rendez-vous) depuis au moins deux ans et leur pratique ne doit pas se restreindre à un domaine unique (ex : traitement de varices, anesthésie, obstétrique, pratique exclusive en santé mentale, etc.). Le deuxième critère d'exclusion est une position médico-administrative de haut niveau tel les chefs des départements régionaux de médecine générale (DRMG), les directeurs des services professionnels (DSP), les présidents des conseils de médecins dentistes et pharmaciens (CMDP), les représentants syndicaux régionaux ou provinciaux (FMOQ<sup>1</sup>), les représentants du Collège des médecins du Québec (CMQ) puisqu'il pourrait y avoir conflit d'intérêt et que, généralement, ces MD1 siègent sur de multiples comités et ont l'opportunité d'exprimer leurs idées sur différentes tribunes. Finalement, pour des raisons d'ordre pratique (temps, coût, distance), la provenance des MD1 se limite à la grande région de Montréal (Montréal et ses environs).

---

<sup>1</sup> Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

Dans un échantillon par cas multiples, la diversification interne est volontairement maximisée par l'inclusion de la plus grande variété de cas possible, et ce, peu importe leur fréquence statistique (Pires, 1997). La diversification interne de l'échantillon remplace en quelque sorte la représentativité statistique (Pires, 1997). Ceci permet d'obtenir une vision d'ensemble la plus complète possible du groupe à l'étude (Pires, 1997) en plus de permettre l'identification des points centraux résistant à un fort degré de variation (Patton, 2002). Dans la présente recherche, pour atteindre un degré de diversification interne élevé, les caractéristiques d'hétérogénéité suivantes sont utilisées : l'âge et l'expérience (opérationnalisés par la décennie de l'obtention du permis de pratique<sup>2</sup>), le genre (homme ou femme), l'influence des pairs (opérationnalisé ici par le type d'unité organisationnelle<sup>3</sup>) et la disponibilité des services (opérationnalisé par le territoire de CSSS). Les trois dernières caractéristiques ont d'ailleurs déjà été identifiées comme facteurs influençant la pratique de santé mentale des MD1 (Sigel et Leiper, 2004). L'inclusion de MD1 provenant de différents territoires de CSSS a aussi pour effet d'assurer une certaine variation géographique (particularités de la population et du milieu). L'opérationnalisation de ces caractéristiques d'hétérogénéité, bien qu'imparfaite, permet de sélectionner les MD1 qui seront invités à participer à l'étude à partir d'informations généralement disponibles. Une attention particulière sera donc portée afin d'obtenir parmi les MD1 participants une répartition égale du genre, une distribution variée dans l'année de l'obtention du permis de pratique, une représentation des différentes configurations de pratique et une provenance de territoires de CSSS différents.

En principe, l'échantillon par choix raisonné devrait être suffisamment diversifié et grand pour atteindre la saturation. Cette diversité et cette taille sont difficiles à prévoir en pratique (Morse, 2000) et le point de saturation est parfois difficile à déterminer, il ne faut pas en faire une obsession (Paillé, 1994). La saturation (Pires, 1997) survient lorsque les données recueillies n'apportent plus rien de nouveau par

---

<sup>2</sup> Cette information est saisie par décennie (années 2000s, 1990s, 1980s et ainsi de suite) pour maximiser la confidentialité.

<sup>3</sup> Cabinet privé, CLSC, GMF, ou CR.

rapport à l'objet étudié (saturation empirique) ou par rapport à l'analyse en cours (saturation théorique). Malgré qu'un niveau de saturation élevé permette une meilleure généralisation, aucune étude ne peut rendre compte du réel dans sa totalité (Pires, 1997). Des résultats intéressants et pertinents peuvent être générés même sans avoir à nécessairement atteindre la saturation, particulièrement dans le contexte d'une étude exploratoire. En ce qui concerne la présente recherche, la diversification de l'échantillon a déjà été discutée au paragraphe précédant. Quant à la taille de l'échantillon, un total de 12 MD1 est prévu puisqu'il est cité comme habituel de travailler avec des échantillons de 10 à 15 participants dans les recherches qui utilisent l'entretien semi-dirigé comme méthode de collecte de données (Savoie-Zajc, 1997). De plus il est prévu d'utiliser des données ombragées<sup>4</sup> afin d'enrichir l'information obtenue (Morse, 2000). Il faudra cependant demeurer prudent quant à l'interprétation de ces données car cela reste la perception du participant et non celle des autres.

En résumé, dans la présente recherche l'échantillon est fait par choix raisonné (démarche d'échantillonnage intentionnelle non-aléatoire), par cas multiples (total désiré de 12 MD1), par homogénéisation (MD1 provenant de la grande région de Montréal et satisfaisant les critères d'éligibilité, donc diversification externe restreinte) avec diversification interne (les caractéristiques d'hétérogénéité étant l'âge et l'expérience, le genre, l'influence des pairs, les services disponibles et une certaine variation géographique). L'échantillon idéal est représenté sous forme de matrice dans le tableau à la page suivante (Tableau II, page 29).

---

<sup>4</sup> Discussion avec les participants des expériences/perceptions présumées des autres et de comment elles se comparent (différences ou ressemblances) aux leurs (Morse, 2000).

**Tableau II :**  
**L'échantillon idéal\***

		Type d'unité organisationnelle			
		Cabinet privé	CLSC	GMF	CR
<b>Territoire de CSSS</b>	<b>A</b>	1 MD1	1 MD1	1 MD1	1 MD1
<b>Territoire de CSSS</b>	<b>B</b>	1 MD1	1 MD1	1 MD1	1 MD1
<b>Territoire de CSSS</b>	<b>C</b>	1 MD1	1 MD1	1 MD1	1 MD1

\*Avec des CSSS qui diffèrent (en termes de services et de géographie) et, parmi les MD1, une répartition égale des genres ainsi qu'une distribution variée de la décennie d'obtention du permis de pratique.

### 3.1.2. Procédures effectuées

Dans la pratique, le processus d'échantillonnage s'avère cependant compliqué. Premièrement, le potentiel des territoires de CSSS est illimité en terme de diversité des services et de la géographie, mais limité en termes des différents types d'unités organisationnelles présents par territoire. Ensuite, les listes de MD1 par territoires de CSSS, listes qui devaient être disponibles en juin 2006, n'existent pas encore à l'automne 2006, sauf pour de rares exceptions. Finalement, pour former l'échantillon, il ne suffit pas ici de sélectionner les MD1, faut-il aussi les recruter. L'acceptation de participer à la recherche par les MD1 invités à participer est évidemment essentielle pour procéder. Ces défis, ainsi que les moyens utilisés afin de les surmonter, sont décrits dans ce qui suit.

Même si pour des raisons d'ordre pratique le choix des territoires de CSSS est restreint à ceux de la grande région de Montréal (Montréal et ses environs), ce choix demeure relativement vaste puisque le nombre des différents territoires de CSSS dans la grande région de Montréal dépasse la taille de l'échantillon prévu. À noter cependant que l'implantation du PASM semble encore à un stade précoce dans la plupart de ces territoires. Néanmoins, trois territoires de CSSS sont initialement choisis à partir d'informations sur leurs différents services de santé et sur leur géographie différente. Cependant, il faut d'emblée ajouter d'autres territoires de

CSSS puisque certains types d'unités organisationnelles ne sont pas représentées dans tous les territoires de CSSS, par exemple les CR et les GMF. Aussi, les MD1 sélectionnés dans les divers types d'unités organisationnelles n'acceptent pas toujours de participer tandis qu'il y a relativement peu de CLSC par territoire de CSSS et que le recrutement en cabinet privé s'avère difficile.

De plus, en début d'échantillonnage, aucune liste des MD1 par territoire de CSSS choisi n'est disponible sans frais significatifs et/ou sans démarches prolongées. Un Annuaire médical 2005-2006 du CMQ est accessible, mais les médecins membres (un total de presque 18 000 médecins) y sont inscrits en ordre alphabétique et non par lieu géographique. Une « liste maison » de MD1 est donc générée à partir des informations obtenues auprès des unités organisationnelles (cabinet privé et/ou CLSC et/ou GMF et/ou CR) répertoriées de diverses sources pour les territoires de CSSS choisis. Lorsqu'il y a plus d'une unité organisationnelle du même type dans les territoires de CSSS choisis, par exemple plusieurs cabinets privés, le choix parmi ceux-ci se fait au hasard. En cours de recherche, une liste plus « officielle » des MD1 par unités organisationnelles devient disponible pour certains territoires, ce qui facilite grandement la tâche.

La sélection des MD1 se fait donc à partir de ces listes (maisons et/ou officielles) par territoire de CSSS et selon l'unité organisationnelle, mais aussi avec le souci de maximiser la diversité des MD1 sélectionnés selon le genre (déterminé par le prénom) ainsi que selon l'âge et l'expérience (déterminé par la décennie d'obtention du permis de pratique tel qu'inscrit dans l'Annuaire médical 2005-2006 du CMQ). Lorsque plus d'un MD1 de la liste a les caractéristiques d'hétérogénéité souhaités, le choix de celui qui sera sélectionné parmi eux est fait de manière aléatoire. À noter que tous les médecins qui ont été sélectionnés figurent dans l'Annuaire médical 2005-2006 du CMQ et n'ont pas de spécialisation.

Une fois les MD1 sélectionnés comme participants potentiels à la recherche, le recrutement s'ensuit. Dans un premier temps, une lettre d'invitation à participer à

l'étude leur est postée (voir Annexe A). Cette lettre introduit brièvement l'étude par rapport à la participation des MD1, annonce un contact téléphonique prochain avec la candidate à la maîtrise et porte sa signature ainsi que celle de sa directrice de recherche. Un exemplaire du PASM est joint à chaque lettre. À noter que l'exemplaire du PASM est fourni aux MD1 à titre d'information générale et qu'il n'est pas exigé que les MD1 en prennent connaissance pour participer à la recherche.

À partir de la semaine suivant l'envoi de la lettre, la candidate à la maîtrise procède à joindre le MD1 sélectionné par téléphone. Ce contact sert à établir un lien avec les participants potentiels, à leur fournir des informations additionnelles sur la recherche en cours (incluant l'enregistrement de l'entrevue et l'existence du formulaire de consentement), à répondre à leurs interrogations, à s'enquérir de leur participation et à vérifier les critères d'éligibilité (voir Annexe B).

Dans le cas d'une réponse positive de la part d'un MD1 éligible, une rencontre est arrangée à sa convenance (soit dans un bureau de son milieu de travail, soit dans un local de l'INSPQ<sup>5</sup>) pour procéder à l'entretien semi-dirigé. Pour les MD1 qui refusent de participer, ainsi que pour ceux qui ne satisfont pas les critères d'éligibilité, toutes les démarches sont cessées. Seulement les informations générales (i.e. les caractéristiques d'hétérogénéité) sont conservées à leur sujet pour documenter le taux de participation à l'étude et comparer les caractéristiques des participants et des non participants. À noter qu'aucune pression n'est exercée sur les médecins sélectionnés afin de les inciter à participer.

La sélection des MD1 et leur recrutement s'échelonne dans le temps de septembre 2006 à février 2007 (voir Tableau III, page 32). Un envoi postal comprenant de deux à cinq lettres d'invitation est fait à intervalle d'une à quatre semaines jusqu'à un total de huit envois. En tout, 29 MD1 sont sélectionnés et 11 acceptent de participer. Un des MD1 abordés ne satisfait pas aux critères d'éligibilité, mais il transmet la lettre à un collègue éligible. Uniquement ce dernier est considéré ici comme sélectionné.

---

<sup>5</sup> Institut national de santé publique du Québec

**Tableau III :**  
**Répartition de l'échantillonnage dans le temps**

	Nombre de MD1 sélectionnés	Nombre de MD1 recrutés
Envoi 1 au temps 1	4	2
Envoi 2 au temps 2	4	2
Envoi 3 au temps 3	4	1
Envoi 4 au temps 4	4	2
Envoi 5 au temps 5	4	2
Envoi 6 au temps 6	5	2
Envoi 7 au temps 7	2	0
Envoi 8 au temps 8	2	0
	<b>Total 29</b>	<b>Total 11</b>

Cet arrangement permet un certain ajustement de la sélection des MD1 au résultat du recrutement pour obtenir un échantillon qui correspond le plus possible à l'échantillon idéal. Par exemple, si un MD1 homme a déjà été recruté en CLSC, un MD1 femme en CLSC sera sélectionnée pour le prochain envoi. Si tous les MD1 en GMF ont déjà été recrutés, seulement des MD1 dans les autres types d'unités organisationnelles seront sélectionnés pour les prochains envois, et ainsi de suite. Les caractéristiques des MD1 qui figurent sur les listes limitent parfois ce choix.

Les différentes caractéristiques d'hétérogénéité des MD1 sélectionnés par rapport aux MD1 recrutés (participants) sont présentées dans le tableau à la page suivante (Tableau IV, page 33). Cela permet de comparer les caractéristiques du groupe de participants au groupe de non-participants. Il faut cependant demeurer prudent quant à l'interprétation de cette information qui n'a pas été colligée dans un but statistique, mais plutôt dans le but de documenter le processus d'échantillonnage et son résultat. Dans ce sens, il appert que le recrutement des MD1 en cabinet privé est plus difficile, et donc un plus grand nombre de ces MD1 ont été sélectionnés afin d'en recruter pour participer à l'étude.

**Tableau IV :****Sélection et recrutement selon les caractéristiques d'hétérogénéité**

		MD1 sélectionnés	MD1 recrutés (participants)	MD1 non-recrutés (non-participants)
<b>Critères d'hétérogénéité</b>	Montréal	14	6	8
	Environs 1 et 2	15	5	10
	Cabinet privé	15	2	13
	CLSC	4	3	1
	GMF	3	3	0
	CR	7	3	4
	Femme	14	7	7
	Homme	15	4	12
	Permis<1980s	9	2	7
	Permis=1980s	10	6	4
	Permis>1980s	10	3	7

Quant à l'échantillon obtenu, il est représenté dans le tableau à la page suivante (Tableau V, page 34) et ne s'éloigne pas tellement de l'échantillon idéal (voir Tableau II, page 29). Par contre, dans l'échantillon obtenu, la diversité en termes de services et de géographie est décrite par une localisation large plutôt que par les caractéristiques spécifiques des territoires de CSSS, et ce pour plusieurs raisons expliquées dans le texte qui suit le Tableau V (page 34). Mais, avant de passer à ce tableau, les services et la géographie des localisations sont exposés. « Montréal » réfère à Montréal même, une métropole où se retrouvent des services spécialisés tels que des hôpitaux psychiatriques et des hôpitaux universitaires, incluant des hôpitaux pédiatriques. « Environs » réfère aux environs de Montréal où il y a des secteurs urbains et semi-urbains. Les services de santé sont variables, mais moins spécialisés qu'à Montréal. Les plus rapprochés de Montréal sont désignés comme « Environs 1 » tandis que ceux moins rapprochés sont désignés comme « Environs 2 ».

**Tableau V :**  
**Échantillon obtenu**

	Type d'unité organisationnelle*			
	Cabinet privé	CLSC	GMF	CR**
<b>Montréal</b>	1 MD1	1 MD1	1 MD1	3MD1
<b>Environs 1</b>	1 MD1	1 MD1	1 MD1	
<b>Environs 2</b>		1 MD1	1 MD1	

\*Parmi les participants dans chaque type de configuration de pratique et dans chaque localisation, les deux genres (homme et femme) sont représentés.

\*\* À noter que pratiquement tous les CR sont situés à Montréal en 2006 et que les trois MD1 recrutés en CR proviennent de trois CR différents.

L'unité organisationnelle, représentant la caractéristique d'hétérogénéité de l'influence des pairs, a été privilégié ici pour diversifier l'échantillon parce qu'elle est plus standard, plus proximale et représente en plus l'influence de l'organisation du travail. Dans la mesure du possible, la diversité en termes d'âge, d'expérience et de genre a aussi été maximisée grâce à son opérationnalisation facile (décennie d'obtention du permis de pratique et prénom).

Cependant, la diversification du contexte de services de santé et de géographie par territoire de CSSS s'avère plus complexe. Chaque CSSS est en fait unique (et donc potentiellement identifiable réduisant ainsi la confidentialité) considérant les différentes variations et leur combinaison au niveau des services, de la population, du milieu, de l'historique, etc. De plus, il existe de nombreuses variations à l'intérieur même des CSSS, comme des zones de défavorisation et/ou d'urbanisation. En revanche, les frontières entre les différents CSSS ne semblent pas étanches. Par exemple, les résidents d'un certain territoire de CSSS peuvent consulter pour divers soins et services dans d'autres territoires, certains hôpitaux ont des missions régionales, et ainsi de suite. C'est pourquoi une localisation plus large a été retenue pour caractériser le contexte (services de santé et géographie) dans la présentation des résultats. Bien que certaines informations disponibles au niveau des territoires de CSSS aient guidé l'échantillonnage, l'utilité des territoires de CSSS est par ailleurs limitée dans le cadre de la présente recherche.

En effet, le territoire de CSSS n'est pas un objet d'analyse dans la présente recherche qui vise à obtenir le portrait le plus complet possible de la perception par les MD1 de la transformation de la 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale. Selon Pires (1997), les études par cas multiples se situent le long d'un axe dont une extrémité s'intéresse aux représentations sociales d'un groupe (chaque cas représentant le groupe ou le sous-groupe auquel il appartient) et l'autre extrémité s'intéresse surtout aux expériences de vie (chaque cas représentant un informateur sur l'objet par son point de vue, son expérience, ses perceptions). La présente étude se situe davantage dans cette deuxième extrémité où chaque cas, chaque MD1, devient un informateur sur l'objet de la recherche par « son point de vue, son expérience, sa perception ». À un degré moindre, chaque MD1, de par ses caractéristiques propres, représente des sous-groupes auxquels il appartient en termes d'âge et d'expérience, de type d'unité organisationnelle et de sa provenance.

### **3.2. La collecte des données par entretien semi-dirigé**

#### **3.2.1. Assises théoriques**

En recherche qualitative, les données proviennent typiquement d'entretiens et/ou d'observations terrain (Deslauriers et Kérisit 1997, Paillé 1994), mais, d'autres sources peuvent aussi être utilisées, comme divers documents (Paillé 1994), des questionnaires, la photographie (Deslauriers et Kérisit 1997), l'immersion sur le terrain, la participation active, etc. Le choix repose essentiellement sur l'adéquation entre les informations recherchées et la possibilité d'obtenir ces informations à partir des diverses méthodes (Deslauriers et Kérisit 1997, Ritchie et coll. 2004). Pour les besoins de la présente recherche, l'entretien semi-dirigé apparaît comme une méthode appropriée. Il s'agit d'une technique de collecte de données fréquemment utilisée dans des recherches qui tentent de comprendre le sens d'un phénomène tel que perçu par les participants (Savoie-Zajc, 1997) comme c'est le cas ici. Comme exemplifié dans la littérature, cette méthode se prête bien à l'étude sur la dynamique d'implantation d'une innovation (ici le PASM) selon des paramètres comme les

intérêts, les préoccupations et les problèmes perçus par les personnes impliquées (ici les MD1) ainsi que leur réaction au point de vue des autres (Savoie-Zajc, 1997).

Dans un contexte de recherche, l'entretien peut être défini comme une conversation initiée par le chercheur dans le but d'obtenir des informations pertinentes déterminées par les objectifs de recherche (Boutin, 2000). À noter que le terme « entretien » serait plus juste que « entrevue » dans ce contexte, bien qu'au Québec, l'usage du terme « entrevue » serait encore courant (Boutin, 2000). L'entretien de recherche peut prendre plusieurs formes, entre autres selon le nombre de personnes concernées et le niveau de directivité (Boutin, 2000). Dans la présente recherche, la candidate à la maîtrise rencontre chaque participant individuellement pour procéder à un entretien qui se situe entre une conversation libre et un questionnaire structuré. Il s'agit donc d'un entretien individuel semi-dirigé, correspondant assez bien à la définition proposée par Savoie-Zajc (1997) qui se lit comme suit :

L'entrevue semi-dirigée consiste en une interaction verbale animée de façon souple par le chercheur. Celui-ci se laissera guider par le flux de l'entrevue dans le but d'aborder, sur un mode qui ressemble à celui de la conversation, les thèmes généraux sur lesquels il souhaite entendre le répondant, permettant ainsi de dégager une compréhension riche du phénomène à l'étude. (Savoie-Zajc, 1999, p. 266)

Pour ce faire, un Guide pour l'entretien semi-dirigé est élaboré au préalable à partir du but et des questions de recherche (voir Annexe D). Comme l'indique son appellation, le guide sert à guider l'entretien de façon souple et non à le structurer de façon rigide. Cela permet une adaptation en fonction de l'analyse en cours, telle que préconisée dans la méthode d'analyse ancrée selon Paillé, ainsi qu'une ouverture à l'émergence d'imprévus. Cela permet aussi une adaptation aux particularités des différents participants, des différentes situations et des différentes dynamiques. Cependant, une attention spéciale est portée afin d'introduire, dans le courant de chaque entretien, les trois éléments suivants du PASM, soit l'équipe de santé mentale de 1<sup>re</sup> ligne en CSSS, le psychiatre répondant et les soins basés sur la collaboration. Aussi, dans le courant de la plupart des entretiens, les inquiétudes soulevées dans la

littérature quant à une possible déqualification des MD1 en présence de services accrus en santé mentale (Craven et Bland, 2002; Warner, 1993) et quant à l'observation d'un certain manque d'intégration ou de collaboration des MD1 (Contandriopoulos et coll., 2003; D'Amour et coll., 2003) sont mentionnés aux participants.

### **3.2.2. Procédures effectuées**

Les entretiens semi-dirigés s'insèrent à l'intérieur d'une rencontre d'environ une heure et sont enregistrés sur cassette audio. Le souci de mettre le participant à l'aise est constamment présent. Dans ce sens, l'établissement d'un lien de collaboration et la transmission d'information au sujet de la recherche, qui a déjà débuté avec la lettre d'invitation à participer à la recherche et le contact téléphonique, se poursuit en début de rencontre. Le matériel d'enregistrement sur cassette audio (deux magnétophones) est installé et le formulaire de consentement est signé avant de procéder à l'entretien semi-dirigé qui durera la majeure partie de la rencontre. La rencontre se termine sur des remerciements de la part de la candidate à la maîtrise, la reprise du matériel audio et l'échange de quelques propos informels.

Tel que prévu, la collecte des données débute à l'automne 2006, mais des délais apparaissent dans l'implantation du PASM. Le PASM prévoit que, dès l'année 2005-2006, les CSSS offrent les services d'une équipe de traitement de 1<sup>re</sup> ligne pour les adultes avec un problème de santé mentale ainsi que les services d'une telle équipe pour les enfants et les jeunes. Ces équipes de santé mentale de 1<sup>re</sup> ligne en CSSS ne semblent pas encore en place à l'automne 2006 dans les territoires de CSSS à l'étude. Conséquemment, il devient maladroit de débiter l'entretien en demandant d'emblée au participant d'expliquer sa compréhension de la transformation de la 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale et comment ça va changer sa pratique. Cela risquerait de mettre le participant mal à l'aise dès le début de l'entretien. Les questions d'ouverture du guide d'entretien sont donc reformulées (voir Annexe D) pour tenir compte du stade relativement précoce de l'implantation du PASM et pour permettre

d'établir, de façon neutre, la situation du participant face à la transformation avant de poursuivre. D'ailleurs, une question sur chacun des trois éléments retenus du PASM figure déjà dans le guide d'entretien et, d'une façon ou d'une autre, ces questions requièrent que la candidate à la maîtrise informe le participant sur l'équipe de santé mentale de 1<sup>re</sup> ligne en CSSS, sur le psychiatre répondant et sur les soins basés sur la collaboration selon le PASM. Ceci permet à tous les participants de s'exprimer là-dessus, même ceux qui ne seraient pas au courant ainsi que ceux qui l'envisageaient différemment.

Un total de onze entretiens semi-dirigés est réalisé, réparti sur les mois d'octobre, novembre et décembre 2006. Les rencontres durent entre 45 et 70 minutes, sauf pour une rencontre qui se prolonge à 105 minutes (avec l'accord implicite du participant et de la candidate à la maîtrise). Les entretiens semi-dirigés comme tels durent entre 35 et 55 minutes sauf pour un entretien qui se prolonge à 90 minutes. La candidate à la maîtrise se sent bien accueillie par les participants. Ils coopèrent tous très bien, chacun à sa façon. Certains sont plus volubiles que d'autres. Quelques uns ont un ou des messages clairs à passer tandis que d'autres sont curieux de savoir de quoi il s'agit. La question d'ouverture de l'entretien semi-dirigé demeure pratiquement la même pour tous, à savoir : « Étiez-vous au courant d'une transformation de la 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale avant d'avoir été abordé pour cet entretien? ». Mais, la réponse varie d'un participant à l'autre, autant en termes de contenu qu'en termes d'élaboration. La suite exige donc une adaptation à chaque participant avec, en toile de fond, le Guide pour l'entretien semi-dirigé et le Début d'entretien reformulé (voir Annexe D).

Bien que l'accent soit toujours mis sur l'engagement du participant dans la conversation, une certaine implication du chercheur est inévitable dans le contexte conversationnel. Ceci n'est pas mauvais en soi puisque l'entretien semi-dirigé utilise justement une dynamique de co-construction de sens qui s'établit entre le chercheur et les participants (Savoie-Zajc, 1997, p264) :

L'interaction verbale, la conversation prennent appui sur la parole, construisant ainsi un « texte », une « narration » constitués d'histoires empreintes des connotations personnelles, interpersonnelles, sociales et culturelles des individus en présence (Erlandson *et al.*<sup>6</sup>; Mischler, 1986; Rubin et Rubin<sup>7</sup>).

Les enregistrements des entretiens semi-dirigés sur les cassettes audio constituent les données brutes. La candidate à la maîtrise transcrit mot à mot les enregistrements audio des entretiens sauf pour les détails qui pourraient permettre d'identifier le participant, comme le nom d'une clinique par exemple. Chaque enregistrement est écouté deux fois. Le fait que ce soit la même personne qui procède aux entretiens et qui en fait la transcription minimise la possibilité d'erreur de transcription (Poland, 2001). De plus, comme cette personne fait aussi l'analyse, une familiarisation accrue avec le matériel de recherche est un avantage additionnel (Poland, 2001). À noter que de brèves notes d'observations portant sur le déroulement général de l'entretien y sont insérées. Les transcriptions résultantes constituent les données principales de la présente recherche et sont générées au fur et à mesure que les entretiens sont réalisés. Cela permet l'amorce d'une analyse concomitante. Cet aspect sera discuté plus en détail dans la section sur l'analyse.

### **3.3. L'analyse inspirée par théorisation ancrée selon Paillé**

#### **3.3.1. Assises théoriques**

L'analyse est l'activité par laquelle les données recueillies sont transformées en résultats (Deslauriers et Kérisit, 1997; Paillé, 1994). Il existe de multiples approches d'analyse qualitative qui produisent différents types de résultats (Spencer et coll., 2004). L'approche dominante retenue pour la présente recherche s'inspire de l'analyse par théorisation ancrée selon Paillé (1994), une approche qui se poursuit

<sup>6</sup> D.A. ERLANDSON *et al.*, *Doing Naturalistic Inquiry : A Guide to Methods*, Newbury Park, Sage Pub, 1993. (réf. selon l'auteur de la citation)

<sup>7</sup> H.J. RUBIN et I.S. RUBIN, *Qualitative Interviewing : The Art of Hearing Data*, Thousand Oaks, Sage Pub, 1995. (réf. selon l'auteur de la citation)

potentiellement au-delà d'une première description, vers une tentative d'explication. Initialement, une deuxième approche, l'analyse qualitative en mode d'écriture (Paillé et Muchielli, 2003) est utilisée en parallèle avant d'être intégrée à l'analyse par théorisation ancrée. Une description plus détaillée de ces deux formes d'analyses suit.

L'analyse par théorisation ancrée selon Paillé (1994) constitue une « adaptation-traduction » de l'approche de théorisation empirique et inductive présentée par Glaser et Strauss en 1967 dans leur texte *The Discovery of Grounded Theory* et des développements subséquents de cette approche (Paillé, 1994). À l'origine, la théorisation ancrée constitue une « première mise en forme extensive des règles analytiques qualitatives » issue des règles établies par la sociologie américaine depuis l'école de Chicago (Laperrière, 1997, page 310). Un des principes méthodologiques sous-jacent est le pragmatisme américain qui insiste sur la nécessité d'enraciner la théorie dans la réalité. L'autre principe méthodologique sous-jacent est tiré de la philosophie phénoménologique, principe qui invite à laisser parler le phénomène étudié par lui-même, sans hypothèse préalable, sans présuppositions au départ (Laperrière, 1997). Une grande importance y est accordée à la perspective des acteurs sociaux.

L'adaptation de Paillé (1994) se situe à deux niveaux. D'abord, il conçoit sa démarche comme une méthode d'analyse de données plutôt que comme une méthode de recherche. Puis, il propose de procéder à l'analyse « par étapes successives d'une démarche itérative plutôt que sous l'angle d'opérations multiples de codage » (page 149). De plus, bien que cette méthode d'analyse vise à dépasser une première description, il précise qu'il n'est pas nécessaire de se rendre jusqu'à une théorisation avancée. C'est le processus d'aller vers ça, de tenter « de dégager le sens d'un événement, de lier dans un schéma explicatif divers éléments d'une situation, de renouveler la compréhension d'un phénomène en le mettant différemment en lumière » (page 149). Parmi les données habituellement utilisées dans ce type d'analyse, il mentionne les transcriptions d'entretiens. Idéalement l'analyse par

théorisation ancrée se déroule simultanément avec la collecte des données. Ceci permet la « comparaison constante » (page 150), c'est à dire l'ajustement de l'analyse selon la collecte des données et vice-versa. Mais, il est quand même possible de débiter l'analyse une fois la collecte des données complétée (Paillé, 1994). Les étapes qu'il suggère pour transformer les données en résultats sont :

- 1) la codification : étiqueter les éléments présents dans les données, pratiquement ligne par ligne dans le cas de transcriptions,
- 2) la catégorisation : regrouper les codes, nommer et définir les aspects les plus importants du phénomène, de plus en plus conceptuel,
- 3) mise en relation des différentes catégories,
- 4) intégration : dégager l'essentiel du propos,
- 5) modélisation : appréhender la dynamique du phénomène,
- 6) théorisation : rendre compte des multiples dimensions et causes du phénomène.

La méthode nécessite des retours fréquents aux données ce qui a pour effet d'enraciner l'analyse dans ces mêmes données.

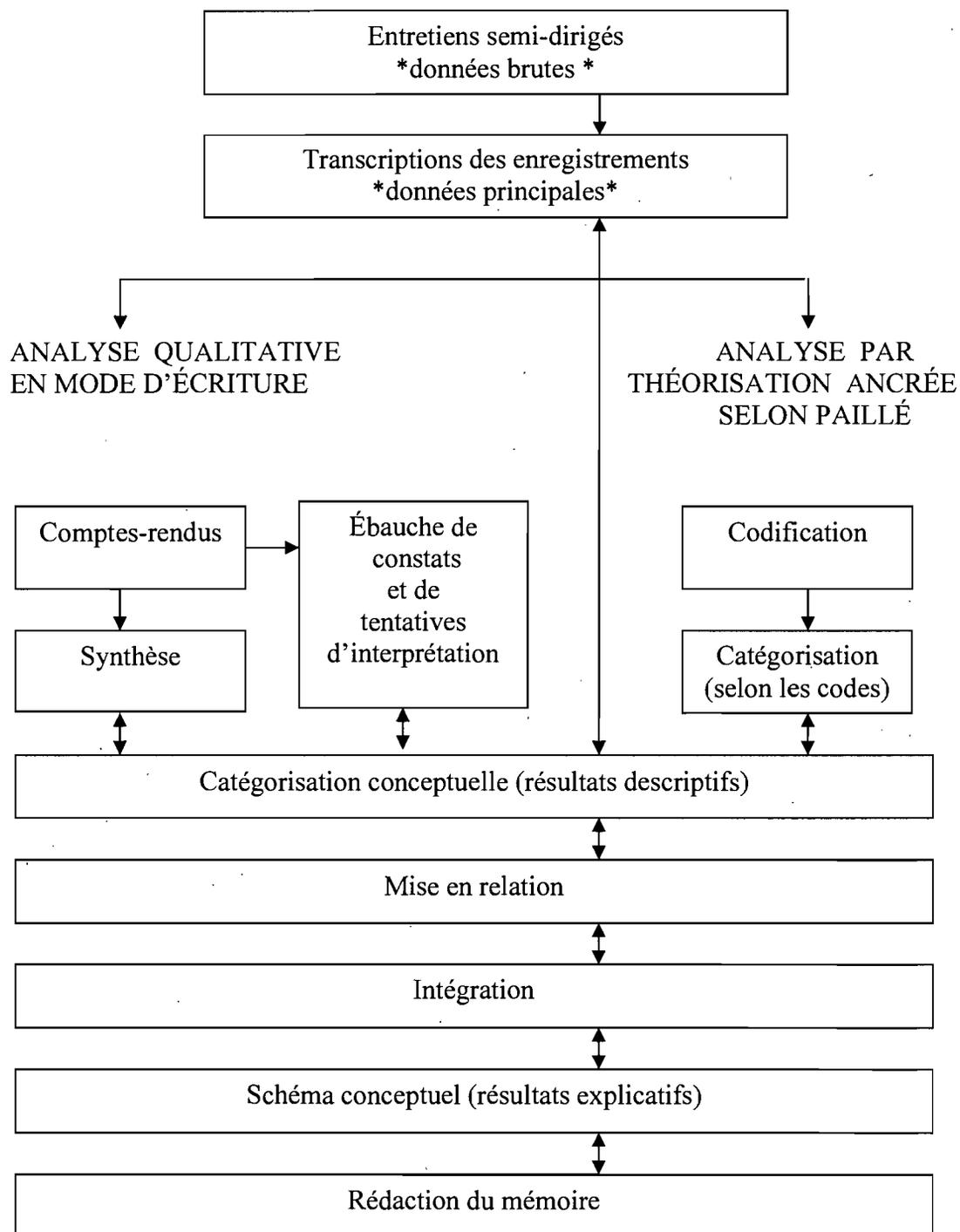
Quant à l'analyse qualitative en mode d'écriture, il s'agit d'une méthode d'analyse basée sur l'écriture sous « forme de phrases complètes et de texte suivi » qui peut être utilisée seule ou en combinaison avec d'autres méthodes d'analyses (Paillé et Mucchielli, 2003), comme c'est le cas dans la présente recherche. Paillé et Mucchielli (2003) soulignent cependant que l'écriture fait partie de toutes les analyses qualitatives. Dans le cas d'une étude à partir d'entretiens semi-dirigés, l'écriture se situe à trois niveaux : la transcription (des enregistrements audio), la transposition (l'appropriation des données, la déconstruction et la reconstruction) et encore la reconstruction (la rédaction du rapport). En effet, l'analyse sous forme d'écriture débute avec la transcription des enregistrements et se termine avec la rédaction du rapport, mais c'est au niveau de la transposition que l'analyse culmine. L'appropriation des données se fait surtout par l'écriture descriptive tandis que l'écriture devient davantage analytique pour la déconstruction et la reconstruction. Paillé et Mucchielli (2003) divisent l'écriture analytique en quatre étapes. La première étape consiste à se questionner sur ce qui est pertinent à décrire à partir des

données : « Qu'y a-t-il à décrire, rapporter, constater, mettre de l'avant, articuler relativement au matériau à l'étude? » (page 106). La deuxième étape consiste à écrire un constat, c'est à dire une réponse au questionnement précédent en une ou plusieurs phrases. La troisième étape consiste à écrire un texte suivi qui tente d'interpréter le constat. La quatrième étape consiste à mettre en lien les textes de l'étape précédente.

### **3.3.2. Procédures effectuées**

L'organigramme de la page suivante (Figure 1, page 43) trace les grandes lignes de l'analyse effectuée tandis que les détails se trouvent dans le texte qui suit. En conformité avec l'approche par théorisation ancrée, il n'y a pas de présupposition (pas d'hypothèse préalable proposée) dans cette étude et, en tant qu'étude qualitative, l'analyse passe par les mots : écoute/discussion, lecture, écriture.

**Figure 1 :**  
**Déroulement des analyses**



L'analyse, bien qu'à un niveau élémentaire et peu formalisée, débute avec la collecte des données, c'est à dire avec les entretiens semi-dirigés et la transcription des enregistrements audio qui se fait au fur et à mesure par la candidate à la maîtrise. Parfois, il est possible de noter des éléments issus de cette amorce d'analyse, mais souvent cette analyse n'est pas suffisamment évoluée pour l'explicitier. Néanmoins, elle contribue au développement progressif de la compréhension de la candidate et exerce une influence désirée compatible avec la « comparaison constante » avancée par Glaser et Strauss et reprise par Paillé (1994), qui permet l'ajustement de la collecte de données à l'analyse en cours. Cet ajustement peut se faire d'un entretien à l'autre mais aussi à l'intérieur d'un même entretien. En cours d'entretien, il se fait une analyse souvent spontanée par la candidate à la maîtrise du contenu et du déroulement de la conversation résultant en des ajustements instantanés dans la collecte de données. Par exemple, lorsqu'un participant mentionne qu'il y a une différence entre un psychologue et un travailleur social, il est encouragé à élaborer davantage sur le sujet puisque la candidate se souvient que cela a aussi été mentionné en passant par un participant précédent. La transcription des enregistrements audio favorise l'immersion dans les données. Une analyse plus formelle débute une fois la collecte des données complétée avec l'analyse en mode d'écriture et l'analyse par théorisation ancrée de Paillé.

D'abord, pour accroître l'appropriation des données, un exercice d'écriture à prédominance descriptive est réalisé par la rédaction de comptes-rendus et d'une synthèse. Les comptes-rendus représentent le contenu retiré et la dynamique saisie de chacune des transcriptions. Ce deuxième point en fait plus qu'un résumé. La synthèse représente une vue d'ensemble des comptes-rendus. Les éléments principaux de la synthèse se retrouvent en annexe (voir Annexe E), il s'agit d'un résultat intermédiaire. Puis, un exercice d'écriture analytique est entrepris selon les quatre étapes suggérées par Paillé et Muchielli (2003) et résulte en une ébauche de constats et de tentatives d'interprétations. Par la suite, l'analyse en mode d'écriture s'intègre à l'analyse par théorisation ancrée (à partir de l'étape de la catégorisation conceptuelle de la théorisation ancrée).

L'analyse par théorisation ancrée (Paillé) débute avec la codification de l'ensemble des transcriptions et se déroule de la façon suivante : relecture complète de chaque transcription en inscrivant le(s) code(s) correspondant(s) à chaque segment de texte (unité de sens) dans la marge droite puis, transfert de chacun de ces codes dans un tableau, en ordre chronologique, avec, à la fin de chaque code, le numéro du participant. À partir du tableau et du numéro de participant attaché à chaque code, il demeure donc possible de remonter à l'origine du code dans la copie papier codifiée de la transcription.

L'appellation des codes se divise en deux parties séparées par un trait d'union. Le ou les mots qui composent la première partie réfèrent au sujet du propos<sup>8</sup> tandis que le, ou les mots, qui composent la deuxième partie réfèrent au contenu du propos. Par exemple, dans le code «transformation - la voit comme un soutien plus accessible pour la 1<sup>re</sup> ligne », la première partie se nomme « transformation », parce que le participant parle de la transformation, et la deuxième partie se nomme « la voit comme un soutien plus accessible pour la 1<sup>re</sup> ligne », parce que cela représente le contenu de son propos au sujet de la transformation. Ce système rend possible une classification ultérieure des codes par sujet en réorganisant les codes en ordre alphabétique. Parfois, deux sujets (ou plus) peuvent être contenus dans le même propos (segment de texte). Dans ces cas, soit que seulement le sujet dominant est retenu ou soit que plusieurs sujets sont notés, selon la pertinence. Les sujets non retenus peuvent se retrouver dans le contenu du code et donc ne sont pas perdus. Les codes sont centrés sur les propos des participants, avec cependant une prise en considération du contexte de la discussion. L'ensemble des transcriptions est transformé en un grand total de 1560 codes.

Initialement, les catégories sont créées en regroupant les codes de deux façons, d'abord par sujet abordé (selon la première partie de l'appellation du code) puis par contenu (où la deuxième partie du code est aussi prise en considération). Selon les

---

<sup>8</sup> Propos dans le sens de paroles dites (par extension phrases écrites) au sujet de quelqu'un, quelque chose, mots échangés, prononcés au cours d'une conversation (Petit Robert 2001).

différentes appellations de la première partie des codes, un total de 62 sujets ont été abordés avec les participants. Cependant, seulement 18 de ces sujets ont été abordés plus de 20 fois. La plupart des codes abordés moins de 20 fois et quelques uns des codes abordés plus de 20 fois sont regroupés lorsqu'ils réfèrent à un sujet très similaire. Ceci résulte en 19 catégories par regroupement de codes selon le sujet abordé (voir Annexe E), il s'agit d'un résultat intermédiaire. Après avoir analysé le contenu des différents codes dans chacune de ces catégories par sujet, un deuxième regroupement de codes est fait, cette fois-ci en prenant en considération non seulement le sujet du propos, mais aussi son contenu. À partir de là s'amorce l'étape de la catégorisation conceptuelle.

L'analyse par théorisation ancrée se poursuit selon Paillé (1994) vers une catégorisation de plus en plus conceptuelle, une mise en relation des catégories, une intégration des analyses et une amorce de modélisation (schéma conceptuel) jusqu'au rapport final. Pour ce faire l'ensemble des données et des analyses préliminaires est utilisé incluant les transcriptions, les comptes-rendus, la synthèse, l'ébauche de constats/interprétations et les catégories par codes. L'écriture y joue un grand rôle et plusieurs documents successifs sont générés pour consolider les catégories à partir de leurs caractéristiques (définitions, propriétés, conditions, formes), pour les décrire et les mettre en relation, pour passer de la description à l'explication, pour travailler sur l'intégration des analyses et l'élaboration d'un schéma conceptuel. Ceci résulte en trois grandes catégories conceptuelles (résultat descriptif) et un schéma conceptuel (résultat explicatif) qui sont présentés au prochain chapitre. À noter que l'analyse n'a pas été poussée jusqu'à la théorisation.

### **3.4. Critères de qualité**

Encore une fois, la nature qualitative de la présente recherche doit être prise en considération. En effet, l'application des critères de qualité doit se faire de façon appropriée à la nature de la recherche (Lewis et Ritchie, 2004; Lincoln, 1995) pour déterminer si « le projet est raisonnable, digne de confiance et produit des résultats

valides » (Gendron, 2001, p. 142). Il existe de nombreuses adaptations des critères de qualité conventionnels à la recherche qualitative et aussi de nouveaux critères de qualité pour la recherche qualitative ont été élaborés (Lincoln, 1995). Cependant, il persiste des zones grises ainsi que des zones de chevauchement parmi tous ces critères et la terminologie est variable. Un consensus en matière de critères de qualité en recherche qualitative ne semble pas encore avoir été atteint. Pour les besoins de la cause, les quatre critères de qualité classiques sont retenus ici et adaptés à la situation à l'aide de certaines notions tirées des écrits de Lewis et Ritchie (2004), Gendron (2001), Laperrière (1997) et Lincoln (1995). Il s'agit de la validité interne, de la validité externe, de la fiabilité et de l'objectivité.

### **3.4.1 Validité interne**

La validité interne réfère à « la justesse », la « pertinence » et la « signifiante » des résultats (Laperrière, 1997) par rapport à la réalité étudiée. Il s'agit ici de la transformation de la 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale au Québec telle que perçue par les MD1 (et non seulement par les participants). L'optimisation de la validité interne repose sur une méthodologie adéquate (Laperrière, 1997) et renvoie aux critères de fiabilité et d'objectivité (Lewis et Ritchie, 2004) qui sont abordés plus loin. Pour l'instant, il suffit de souligner l'importance accordée aux choix méthodologiques dans la présente étude comme en font état les sections précédentes de ce chapitre. Cela a permis d'obtenir un échantillon assez représentatif de MD1<sup>9</sup>, de discuter de la transformation avec eux et d'analyser leurs propos en profondeur. Évidemment, la perfection n'a pas été atteinte. Par exemple, la taille de l'échantillon est relativement petite, les participants sont tous de la grande région de Montréal, la collecte des données principales provient d'un seul entretien semi-dirigé par participant, la saturation<sup>10</sup> n'est pas atteinte pour tous les propos, l'analyse comporte des limites. Mais dans la mesure où ces limitations pratiquement inévitables sont prises en

---

<sup>9</sup> Voir aussi la section 4.1. Portrait des participants du chapitre des résultats et la section 5.2. Forces et limites de la recherche du chapitre de discussion

<sup>10</sup> Voir aussi la section 5.2. Forces et limites du chapitre de discussion

considération et que la nature exploratoire de la recherche est reconnue, la validité interne est acceptable et les résultats peuvent être appréciés à leur juste valeur.

### **3.4.2 Validité externe**

La validité externe réfère à la généralisation ou au transfert des résultats d'une recherche à d'autres contextes (Lewis et Ritchie, 2004; Gendron, 2001; Laperrière, 1997). En bout de ligne, ceci doit être déterminé par celui qui envisage effectuer le transfert selon la pertinence des résultats à son contexte et la description de la recherche réalisée facilite la formation d'un tel jugement (Lewis et Ritchie, 2004; Gendron, 2001; Laperrière, 1997). C'est pourquoi, une attention particulière est portée à la description du contexte, des méthodes et des résultats dans ce mémoire.

### **3.4.3 Fiabilité**

Plusieurs considèrent qu'en recherche qualitative, à défaut de ne pouvoir exactement reproduire les résultats, leur fiabilité découle en grande partie du processus de recherche entrepris pour en arriver à ces résultats et, qu'à la rigueur, une reconstitution du processus produirait des résultats concordants (Lewis et Ritchie, 2004; Gendron, 2001; Laperrière, 1997). Le terme « imputabilité procédurale » est parfois utilisé pour désigner ce critère qui vise à démontrer que les résultats obtenus sont vraisemblables (Gendron, 2001).

En ce sens, tout au long de la présente étude, diverses notes ont été colligées sur l'évolution et le processus de la recherche. Ces notes contiennent des éléments d'observation, de planification, de déroulement, d'analyse, de réflexion et d'expérience en lien avec la présente recherche. Ce mémoire prend appui sur ces notes en plus d'en constituer une prolongation afin de démontrer comment les résultats ont été obtenus. Par souci de clarté et de cohérence, la rédaction du mémoire nécessite cependant une organisation linéaire ainsi qu'une certaine sélection

du matériel présenté bien que le travail lui même implique des allers-retours avec une grande accumulation de matériel.

À noter aussi que l'évolution et le processus de recherche, les résultats et ce mémoire ont fait l'objet de discussions à intervalles réguliers avec ma directrice de recherche.

#### **3.4.4. Objectivité**

L'objectivité vise à s'assurer que les données et les résultats sont ancrés dans la réalité étudiée. Conséquemment, ce critère renvoie à l'origine et à l'analyse des données mais aussi au paradigme sous-jacent (Gendron, 2001). Le réalisme critique ainsi que la méthodologie et les procédures ont déjà été explicités dans ce mémoire. Le recours à la collecte de données par entretiens semi-dirigés et à l'analyse inspirée par la théorisation ancrée selon Paillé nécessite une certaine participation de la candidate à la maîtrise à l'obtention des données et à la production des résultats. Mais, tel que reconnu dans le réalisme critique, une approche interprétative devient souvent essentielle pour comprendre un phénomène en sciences sociales. Néanmoins, des précautions sont prises pour que le tout demeure ancré dans la réalité des participants et quelques vérifications sont effectuées.

D'abord, les précautions. L'absence de présupposition et d'hypothèse au départ laisse place à l'ouverture à la réalité des participants. Il en va de même pour l'approche de la candidate à la maîtrise qui elle-même cherche à comprendre la transformation de la 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale, particulièrement du point de vue des participants et en ce qui concerne le PASM avec l'accent sur l'équipe de santé mentale de 1<sup>re</sup> ligne en CSSS, le psychiatre répondant et les soins basés sur la collaboration. Ensuite, la sélection des MD1 sur une base de critères d'hétérogénéité ainsi que le recrutement des MD1 sans incitation et sans intermédiaire officiel favorise la liberté de participation et la liberté d'expression des MD1. Aucun des MD1 sélectionnés n'était connu de la candidate au préalable. Puis, la codification systémique des transcriptions des entretiens semi-dirigés qui a été effectuée assure

que l'ensemble des données est considéré. En ce qui concerne la méthode d'analyse des données, inspirée de la théorisation ancrée selon Paillé (1994), celle-ci est bien documentée et inclut de fréquents retours aux données pour justement en assurer l'ancrage dans la réalité à l'étude. De plus, l'analyse des données a initialement procédé de trois façons différentes (synthèse, ébauche de constats/interprétation, et catégorisation par codes) pour permettre une certaine comparaison entre les résultats en cours de route (résultats intermédiaires).

Maintenant, les vérifications. Les sujets des propos abordés dans les entretiens semi-dirigés, tel que répertoriés par les codes (voir les catégories par regroupement de codes selon le sujet dans l'Annexe E), indiquent la pertinence des discussions. En effet, le sujet du MD1 et celui de la transformation ont été le plus souvent abordés (plus de 200 codes par sujet), suivi du sujet de l'équipe de santé mentale de 1<sup>re</sup> ligne (plus de 100 codes pour ce sujet). Puis, les résultats intermédiaires concordent. Les résultats finaux s'appuient sur de nombreuses citations tirées des transcriptions. Chaque participant est cité au moins cinq fois et au plus vingt-et-une fois. La moyenne et la médiane du nombre de citations par participant est de 11. De plus, les données obtenues et utilisées peuvent être retracées à la source mais ceci n'est pas démontré dans le présent rapport pour des raisons de confidentialité. À noter aussi que les citations tirées des transcriptions présentées dans ce mémoire ont subi une légère édition pour les adapter à la forme écrite sans toutefois en modifier le sens.

Enfin, la directrice de recherche a pris connaissance des données, des analyses et des résultats, ce qui ajoute à l'objectivité.

#### **3.4.5. Considérations éthiques**

L'attention portée à l'ensemble de la réalisation de cette recherche, incluant l'attention portée à l'obtention d'une participation libre, éclairée et volontaire ainsi qu'aux mesures de confidentialité, font foi d'une préoccupation éthique constante.

De plus, le projet a été soumis au Comité d'éthique sur la recherche chez les êtres humains de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal pour approbation avant de procéder. Un exemplaire du formulaire de consentement utilisé se trouve à l'Annexe C.

## **CHAPITRE 4 : RÉSULTATS**

Ce chapitre présente les résultats obtenus en deux temps. Dans un premier temps, l'analyse a résulté en la formation de trois grandes catégories regroupant les perceptions exprimées par les participants. Ces catégories sont décrites en détails. Dans un deuxième temps, l'analyse a résulté en l'élaboration d'un schéma conceptuel mettant en relation les catégories. Ce schéma est expliqué. De nombreuses citations tirées des transcriptions des entretiens semi-dirigés illustrent et enrichissent les descriptions et les explications. Lorsqu'il y a une énumération de plusieurs citations une à la suite de l'autre (sans aucun élément de texte entre), ces citations proviennent de participants différents à moins d'indication contraire. La forme masculine est employée pour désigner autant les participants de genre masculin que de genre féminin dans le but de maximiser la confidentialité. Mais, avant de passer aux résultats comme tels, le portrait de la diversité des participants est complété à partir de caractéristiques issues des entretiens semi-dirigés. De plus, suite à la présentation des résultats, une synthèse de ces derniers clôt le chapitre.

#### **4.1. Portrait des participants**

La diversité cumulative des onze participants dépasse la diversité représentée par les caractéristiques d'hétérogénéité utilisées pour rassembler l'échantillon. Même s'il n'y a pas eu de questionnaire formel à cet effet, des caractéristiques additionnelles concernant les activités médicales, les milieux de travail et les intérêts des participants émergent durant les entretiens semi-dirigés. Aussi, de nombreuses données ombragées<sup>1</sup> concernant des collègues MD1 sont fournies par les participants, souvent de façon spontanée. Ceci ajoute à la diversité et à la taille de l'échantillon.

Ainsi, certains participants travaillent ou ont déjà travaillé dans un type d'unité organisationnelle autre que celui retenu pour la sélection. Parfois, deux types d'unité organisationnelle coexistent dans un même site, par exemple les CR sont

---

<sup>1</sup> Discussion avec les participants des expériences/perceptions présumées des autres et de comment elles se comparent (différences ou ressemblances) aux leurs (Morse, 2000).

généralement installés dans de gros cabinets privés. En tenant compte de ces constatations, au moins huit participants, plutôt que deux, ont une expérience de travail en cabinet privé et au moins cinq participants, plutôt que trois, ont une expérience de travail en CLSC. De plus, à un moment donné, avec au moins la moitié des participants, la discussion porte sur la situation de collègues MD1 travaillant en cabinet privé ou en CLSC.

Peu importe le type d'unité organisationnelle, la consultation médicale dans le cadre de la pratique ambulatoire de 1<sup>re</sup> ligne est généralement organisée de deux façons différentes : sur rendez-vous et sans rendez-vous. Typiquement, sur rendez-vous, la rencontre est prévue à l'avance entre le médecin et son patient tandis qu'en sans rendez-vous, le patient se présente le jour même pour rencontrer le médecin de service. Le type de consultation médicale privilégié varie d'un participant à l'autre et varie aussi dans le temps pour un même participant. Certains travaillent sur rendez-vous, d'autres en sans rendez-vous et plusieurs combinent ces deux formes de consultation dans leur travail. Au fil du temps, certains changent d'une forme de consultation à l'autre tandis que d'autres modifient la répartition de leur travail entre ces types de consultations. Encore une fois, à un moment donné, avec au moins la moitié des participants, la discussion porte sur la situation de collègues MD1 travaillant sur rendez-vous et sans rendez-vous.

En plus de leur pratique ambulatoire de 1<sup>re</sup> ligne (sur rendez-vous et sans rendez-vous), plus du tiers des participants travaille ou a travaillé en centre hospitalier. De même, un participant a une expérience de travail dans une équipe de santé mentale. Quelques uns occupent ou ont déjà occupé certaines fonctions administratives en plus de leur travail clinique, mais, au moment de l'étude, aucun des participants n'occupe une position médico-administrative de haut-niveau telle que définie dans les critères d'exclusion. D'autre part, certains participants travaillent ou ont déjà travaillé dans différents territoires de CSSS de la grande région de Montréal.

Cette grande diversité dans la pratique médicale des participants et de leurs collègues reflète la diversité de la médecine de 1<sup>re</sup> ligne et des MD1. Cette diversité se manifeste jusque dans le niveau d'intérêt pour la santé mentale. En effet, certains participants démontrent un grand intérêt pour la santé mentale, d'autres sont moins intéressés, et le reste des participants se situe à quelque part entre ces deux pôles. D'ailleurs, en cours d'entretien, certains participants commentent sur l'intérêt variable pour la santé mentale parmi leurs collègues MD1.

#### **4.2. Description des catégories conceptuelles**

Les divers participants expriment aussi diverses perceptions durant les entretiens. Néanmoins, l'analyse effectuée a permis de regrouper ces perceptions en trois grandes catégories conceptuelles. Chaque catégorie représente donc la perception générale issue d'un regroupement des perceptions des participants. C'est ainsi qu'une première catégorie, nommée « Une 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale exigeante », concerne la représentation que se font les participants de la 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale. Puis, une deuxième catégorie, nommée « Une transformation parmi d'autres » concerne la prise de connaissance par les participants de la transformation de la 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale. Finalement, une troisième catégorie, nommée « Des éléments intéressants dans le PASM », concerne l'appropriation par les participants de la transformation de la 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale, dans le sens de faire sien, mais aussi, dans le sens de rendre convenable à un usage. Ces catégories, avec leurs sous-catégories, sont présentées dans le Tableau VI (page 56). Le texte qui suit examine tour à tour chaque catégorie et sous-catégorie de façon plus approfondie.

**Tableau VI :**  
**Perceptions des participants : catégories conceptuelles**

<b>Catégories</b>	<b>Sous catégories</b>
<p align="center"><b>1.</b></p> <p align="center">Une 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale exigeante</p>	La santé mentale : partie intégrante de la pratique médicale en 1 <sup>re</sup> ligne
	La nature de la santé mentale
	L'organisation compliquée des soins et services en santé mentale <ul style="list-style-type: none"> <li>- la pratique des MDI</li> <li>- le réseau des soins et services en santé mentale</li> </ul>
<p align="center"><b>2.</b></p> <p align="center">Une transformation parmi d'autres</p>	Les participants encore peu au courant du PASM
	Une composante du transfert vers la 1 <sup>re</sup> ligne
	Sources de confusion
	Niveaux d'information souhaités
<p align="center"><b>3.</b></p> <p align="center">Des éléments intéressants dans le PASM</p>	Grande ouverture à l'ajout de services <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'équipe de santé mentale de 1<sup>re</sup> ligne en CSSS</li> <li>- le psychiatre répondant</li> </ul>
	Désir de travailler en collaboration
	Effets anticipés <ul style="list-style-type: none"> <li>- effets positifs</li> <li>- effets neutres</li> <li>- effets négatifs</li> </ul>

#### 4.2.1. Catégorie 1 : Une 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale exigeante

Il s'agit de la représentation par les participants de la 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale basée sur leurs expériences passées et actuelles. Les participants reconnaissent que la santé mentale fait partie de la pratique médicale en 1<sup>re</sup> ligne, que la santé mentale présente des particularités par rapport à d'autres problèmes de santé, et que l'organisation des soins et services en santé mentale est compliquée. Chacune de ces perceptions est discutée séparément dans ce qui suit.

##### *La santé mentale : partie intégrante de la pratique médicale en 1<sup>re</sup> ligne*

Tous les participants prodiguent déjà, dans le cadre de leur pratique médicale de 1<sup>re</sup> ligne, des soins en santé mentale. Il semble que cet état de fait soit répandu parmi les MD1 en général, et ce, même auprès de ceux qui n'affectionnent pas particulièrement la santé mentale, tel qu'en témoigne ce participant.

Ce n'est pas mon point fort et ce n'est pas ce que j'aime le plus, la santé mentale. Je n'en ferais pas uniquement ma pratique. Ça m'angoisse un peu de faire ça. Et, veux, veux pas, quand on fait de la médecine générale, on en fait tous de la santé mentale. On en fait tous. On en suit des dépressions, des troubles d'adaptation, des troubles anxieux.

Un deuxième participant explique :

Quand nos patients prennent rendez-vous, on ne sait pas pourquoi ils viennent, donc ça fait partie de la pratique, on n'a pas souvent le choix.

Un troisième participant précise :

Dans nos bureaux, on est amené à toucher à tout, sans nécessairement avoir l'expertise très poussée.

C'est que le domaine de la pratique médicale de 1<sup>re</sup> ligne est non seulement vaste mais aussi au front et, plus souvent qu'autrement, les patients consultent directement le MD1 pour toutes sortes de problèmes de santé, incluant les problèmes de santé mentale. D'ailleurs, les problèmes de santé mentale apparaissent à plusieurs

participants comme très fréquents et semblent représenter une partie croissante de la pratique médicale ambulatoire en 1<sup>re</sup> ligne.

On en entend qui disent, un peu plus chez les jeunes médecins quand ils commencent, qu'ils sont surpris de voir combien il y a de dépressions entre autres à traiter dans leur bureau. [...] La santé mentale, de plus en plus, ça prend énormément de place dans nos bureaux. [...] C'est énorme. Que ce soit, comme je vous disais tout à l'heure, des gens qu'on suit depuis très longtemps qui, un moment donné, s'effondrent parce que.. il y a juste trop de choses qui se passent en même temps. Ou, des gens, qu'on a jamais vu, qui viennent sur le sans rendez-vous, qui entrent en disant « Je suis épuisé, je ne suis plus capable. »

Néanmoins, un participant souligne que le degré d'implication en santé mentale des MD1 est variable et quelques participants évoquent la possibilité que certains MD1 ne s'impliquent pas en santé mentale. Parmi les raisons avancées pour expliquer cette situation figurent non seulement le désintérêt pour la santé mentale, mais aussi la lourdeur de la tâche, une organisation du travail peu compatible, le manque de soutien. À des degrés d'intensité variables, ces aspects pèsent aussi sur les participants et, bien que ces derniers s'impliquent en santé mentale, cette implication comporte des limites.

Un participant rappelle que le MD1 doit gérer l'ensemble des problèmes de santé des personnes qui le consultent et, dans ces circonstances, le questionnaire psychiatrique ainsi que le traitement psychiatrique demeurent à un niveau de 1<sup>re</sup> ligne. Il s'agit d'une situation appropriée qui confère l'avantage d'une approche plus globale mais, dans certains cas, cela peut s'avérer insuffisant en regard du problème de santé mentale et/ou des ressources disponibles et/ou de l'expertise du MD1. Un soutien devient alors essentiel, souvent sous forme d'une consultation ou d'un transfert en psychiatrie. La plupart des participants reprennent ce propos à leur manière tout en précisant que l'expertise en santé mentale varie parmi les MD1. C'est qu'au fil du temps, la plupart des médecins de 1<sup>re</sup> ligne développent certaines compétences plus que d'autres.

Néanmoins, les quelques participants qui abordent le sujet de la formation et des compétences de base en santé mentale des MD1 les considèrent comme adéquates.

Je pense que les médecins de famille, on est vraiment bien formés dans notre formation en santé mentale. [...] je pense qu'on a une très bonne formation qui nous permet de faire un suivi de beaucoup de patients. On a par contre besoin de spécialistes pour nous épauler pour les cas qui deviennent plus difficiles, mais je trouve que c'est ce qui est un peu le problème.

En effet, les participants désirent le respect des limites de leurs capacités et plusieurs sont conscients des critiques à leur égard.

La littérature dit que les médecins de famille se trompent. On n'a pas toujours le bon médicament, on n'a pas toujours la bonne posologie, on se trompe dans le diagnostic, on nous dit qu'on passe à côté des maladies affectives bipolaires par exemple, on traite comme des dépressions alors que c'est des bipolaires. Donc, j'aimerais bien un appui diagnostic.

Aussi, la formation médicale continue sous différentes formes revêt une grande importance pour tous les participants. Parmi les modalités mentionnées figurent les conférences, des demi-journées de mise à jour, des ateliers de discussion de cas complexes, des activités de préceptorat, des feuillets d'information. Cependant, il importe que cela provienne d'une source fiable comme les spécialistes et l'université. Un participant déplore le manque d'enseignement aux MD1 de la part des psychiatres et d'avoir à apprendre l'arrivée sur le marché des nouveaux médicaments par l'entremise des représentants des compagnies pharmaceutiques. Par ailleurs, plusieurs identifient la pratique médicale en tant que telle comme source d'apprentissage.

C'est très intéressant, la formation, ça c'est très intéressant, mais vous savez, la formation, ça se fait aussi par les échanges, des histoires de cas. Il y a des moments donnés qu'on vit des problématiques avec un cas puis qu'on a quelqu'un avec qui en parler au sein d'une équipe, on apprend beaucoup.

Moi je trouve que, quand on reçoit les consultations des psychiatres, des fois, on en apprend des choses. Là, donc, on s'en souvient pour les cas qui suivent, puis c'est très aidant.

En général, les participants se sentent capables de travailler avec les personnes qui souffrent de dépressions, de troubles anxieux et de troubles de l'adaptation.

Je dirais que dans mon quotidien, je ne réfère pas souvent en psychiatrie pour les problèmes de dépression quand ils ne sont pas compliqués, et les troubles anxieux. Ce que je trouve plus difficile, c'est les problèmes plus complexes, avec des troubles de personnalité, des éléments psychotiques. Je me vois mal assurer le suivi même de cette clientèle là. Même avec de l'aide, je trouve que c'est des problèmes pour lesquels on n'a pas nécessairement été formé dans notre formation comme médecin de famille à suivre. Puis, je trouve qu'il y a de ces personnes là qui ont besoin d'équipes pour le suivi. D'envoyer ça juste dans le bureau du médecin de famille, bien il n'y a plus de suivi d'équipe. C'est des problématiques plus complexes, je me sentirais comme pas à l'aise même dans ma compétence médicale. Les choses de base, je suis habitué puis je trouve que ça fait partie de la 1<sup>re</sup>, ça fait partie de la 1<sup>re</sup> ligne.

Les participants considèrent que les cas complexes relèvent, du moins en partie, de la psychiatrie. La définition de cas complexes varie quelque peu d'un participant à l'autre. Parmi les cas considérés comme complexes par les participants figurent les schizophrénies, les psychoses, les maladies bipolaires, les troubles de personnalité, la pédopsychiatrie et les cas qui présentent des complications. Cependant, plusieurs participants comptent à l'intérieur de leur clientèle certains cas complexes. Plus souvent qu'autrement, il apparaît difficile pour ces participants d'obtenir le soutien psychiatrique désiré.

Il y a des patients qui d'après moi sont très lourds [...] souvent ils reçoivent leur congé en psychiatrie : « Ah, vous êtes suivi par Dr Participant? Parfait, allez le voir... » puis dossier fermé. Psychiatre tombe en congé maternité, dossier fermé. Psychiatre part, dossier fermé. [...] Donc, j'ai beaucoup de patients comme ça que, je ne sais pas, d'après moi, ils devraient voir des psychiatres puis ce n'est pas possible.

Ceci semble particulièrement problématique dans le cas des troubles de la personnalité.

Troubles de la personnalité.. comment c'est encombrant en 1<sup>re</sup> ligne. Les troubles de la personnalité, on déborde de trouble de la personnalité, personne ne les veut. [...] Je me dis mon bureau est plein! J'ai beaucoup plus de troubles de personnalité, de troubles anxieux, de troubles dépressifs, de multi-problématiques dans mon bureau que je vais avoir de psychoses. Moi, comme médecin de 1<sup>re</sup> ligne, ça me préoccupe beaucoup plus.

### *La nature de la santé mentale*

Les participants soulignent que la santé mentale se distingue des autres problèmes de santé sur plusieurs plans. Entre autres, la notion de temps prend beaucoup d'importance.

[...] c'est sur un autre registre de vitesse. On ne peut pas aller plus vite que ce qui se passe. Tu sais, on a juste à voir les durées de séjour en psychiatrie par rapport à n'importe quoi d'autre que ça nous donne une idée. On ne peut pas aller plus vite que la médication et il y a des événements qui se passent.

Donc, ça prend du temps. Il faut écouter les personnes et les revoir de nombreuses fois. Des crises aiguës et des situations urgentes surviennent occasionnellement, souvent de façon imprévisible. De nombreuses conditions sont chroniques ou récidivantes.

[...] c'est quand même des clientèles qui sont très time consuming pour un médecin. Pour un médecin, ils reviennent souvent. C'est toujours en crise, c'est toujours aigu, c'est.. Je dirais que, si on questionnait l'ensemble des omnipraticiens, c'est sûrement la santé mentale, c'est probablement ce qu'on trouve de plus lourd dans nos pratiques. [...] Puis c'est lourd sur la charge émotionnelle.

Il faut travailler avec des personnes en détresse, des personnes seules, des personnes qui veulent mourir, des personnes qui sont désorganisées. Le médecin de 1<sup>re</sup> ligne se retrouve souvent impuissant devant certains aspects.

[...] je pense que la vie a changé aussi, les pressions ont changé, les attentes des gens ont changé.

[...] beaucoup plus de harcèlement par les assurances et de la paperasse qu'on pouvait voir il y a 10 ans.

Et, il y a eu de nombreux développements au fil du temps en psychiatrie. Les diagnostics se sont raffinés et les traitements pharmacologiques se sont multipliés.

Les troubles de l'adaptation, on ne traitait pas beaucoup ça, il y a une vingtaine d'années, je pense que les patients se reviraient de bord et ça finissait par passer, mais maintenant, ils sont médicamentés, ils sont en arrêt de travail, [...]

Bien que souvent bénéfiques, c'est plus long et complexe d'en arriver au bon diagnostic et au bon traitement.

La psychiatrie, ce n'est pas de la cardio. La cardio, tu peux passer des tests, tu peux avoir une évaluation de ton patient, tu sais où tu t'en vas, t'as un plan de match et habituellement tu sais que ça fonctionne. Mais de la psychiatrie, ce n'est pas ça. Tu travailles avec des valeurs, tu travailles avec une culture, tu travailles avec un individu, tu as besoin de revoir pour te faire une idée, voir comment ça chemine. Il faut que ça soit discuté aussi avec ton équipe, celle qui est en backup avec toi, en fait, pas en backup, mais en parallèle avec toi. Tu as besoin d'avoir un feeling là d'un suivi de la part de l'équipe, de travailleurs sociaux, de psychologues et de psychiatres.

En effet, les problèmes de santé mentale nécessitent souvent une intervention interdisciplinaire plus ou moins élargie, plus ou moins intense, plus ou moins prolongée. C'est que les problèmes de santé mentale coexistent fréquemment avec d'autres problèmes : problèmes sociaux, alcoolisme, toxicomanie, problèmes santé physique.

Mais aussi, tu sais, je regarde la problématique de la santé mentale, ça touche tellement... la complexité de l'être humain.

### *L'organisation compliquée des soins et services en santé mentale*

#### La pratique des MD1

L'organisation de la pratique ambulatoire de 1<sup>re</sup> ligne sans rendez-vous et sur rendez-vous influence les soins en santé mentale offerts par les MD1.

Quand on fait du sans rendez-vous, on ne prend pas nécessairement en charge tous les patients qu'on voit sur le sans rendez-vous, donc c'est de s'assurer qu'il y a quelqu'un qui va les prendre en charge aussi éventuellement. [...] Mais, très souvent les patients vont nous arriver par le biais du sans rendez-vous. Ils nous arrivent en situation de crise.. ça fait, ça va vraiment mal ce jour là, puis ils ont décidé qu'ils pouvaient plus, qu'ils en pouvaient plus.

Le sans rendez-vous ouvre donc une porte d'accès aux soins et services en santé mentale, particulièrement pour les patients qui n'ont pas de médecin de famille et pour les patients en situation de crise. Mais, le suivi en santé mentale n'y est pas idéal. Les MD1 sont plus pressés, à l'inverse du temps d'attente prolongé sur place

pour le patient. D'un autre côté, les rendez-vous sont généralement difficiles à obtenir pour les patients et c'est alors l'intervalle entre la demande de rendez-vous et le rendez-vous comme tel peut être long.

Les rendez-vous ça prend, moi la clinique où je suis actuellement, ça prend à peu près... ils ne prennent pas de nouveaux patients. Puis moi, quand je vois des cas problématiques de mes confrères, si je les réfère par l'accueil en avant, le secrétariat, ça peut prendre trois mois avant qu'ils les voient.

L'organisation des MDI en différentes configurations de pratique exerce aussi une influence sur les soins de santé mentale offerts, principalement par l'entremise du mode de rémunération et du degré de soutien à la pratique en santé mentale. Par exemple, en cabinet privé :

Il y a beaucoup de choses qui ne sont pas reconnues et qu'on doit faire. Parce qu'on sait que notre intervention dépasse de beaucoup ce qui se passe quand le patient est directement en contact avec nous. [...] Les billets, les discussions, les rencontres ... si c'est fait en bénévolat, en connaissez-vous d'autres professionnels qui le font?

Les CLSC semblent constituer un milieu plus propice. Un rendez-vous qui se prolonge ne devient pas un problème financier pour le MDI et on y retrouve aussi fréquemment d'autres intervenants et services.

Oui, puis ici (en CLSC) on prenait des clientèles vulnérables, on avait de la clientèle lourde. [...] Alors ici, on a la capacité de voir nos gens, on ne fonctionne pas aux... 15 minutes. Et, en plus, on a des équipes, on a une équipe de base, donc on travaille pas isolé (comme) en clinique privée. Donc, ça c'est important, on a les infirmières, les services courants, on a aussi nos services adultes, travailleurs sociaux.

Selon un participant, l'organisation en GMF recèle un avantage potentiel pour les soins et services en santé mentale:

[...] dans les cliniques GMF, ça se veut des milieux pour implanter éventuellement des équipes interdisciplinaires. La première étape, c'est l'intégration d'infirmières [...]

Mais comme renchérit un autre participant, l'avantage demeure pour l'instant potentiel :

[...] ici maintenant on est GMF. Ça fait que tout ce qui est le suivi du diabète, de l'hypertension, des problèmes respiratoires/asthme, on a monté des programmes. Ça fait que c'est très très, c'est rendu facile pour moi de suivre ces gens là et d'avoir le soutien, d'avoir quelqu'un qui va les informer... puis qui va les suivre conjointement avec moi. Mon infirmière peut voir par exemple un hypertendu mal contrôlé un rendez-vous sur deux avec moi puis on arrive vite à un résultat. On a monté des programmes pour ça. Mais avant ce n'était quand même pas facile non plus. Mais, en santé mentale, on est ... seul. Moi je vois ça comme ça. Puis, quand on a besoin de référer à quelqu'un, ce n'est pas facile. Ou, quand on a besoin de chercher, de trouver un travailleur social, ou un psychologue, ce n'est vraiment pas facile.

Aucun des participants ne mentionne des avantages ou désavantages spécifiques aux CR<sup>2</sup>. Néanmoins, il a été question par un participant en CR que son milieu de travail étant une grosse clinique avec plusieurs autres professionnels de la santé sur place, cela favorise le travail en collaboration. Mais, dans le cas d'un autre participant, le travail s'y fait en parallèle, autant entre les médecins que les autres professionnels de la santé, notamment les psychologues. Le troisième mentionne que le CR dessert un grand nombre de personnes/patients.

Par ailleurs, les modifications de la rémunération des MD1 apportent d'autres changements. Par exemple, depuis quelque temps, le travail en CLSC n'est plus considéré comme une activité médicale particulière (AMP) donnant droit à un plein salaire pour les MD1 qui sont en pratique pour moins de vingt ans. Depuis, un participant rapporte que plusieurs MD1 ont quitté son CLSC. L'instauration de bonus pour les clientèles vulnérables, incluant celles avec certains problèmes de santé mentale, pourraient inciter les MD1 à s'impliquer davantage dans les soins en santé mentale selon quelques participants. Un participant fait cependant remarquer en plaisantant que cette mesure pourrait aussi avoir comme effet d'augmenter les diagnostics éligibles pour ce bonus, tel les troubles d'anxiété. Finalement, un participant mentionne que bientôt les MD1 pourront facturer leur temps de communication avec d'autres intervenants.

<sup>2</sup> Cependant, la situation pourrait être appelée à changer parce que le plein développement/potentiel des CR n'est peut être pas encore atteint puisqu'il s'agit d'une organisation de travail relativement récente.

[...] je pense que dans les dernières négociations entre la FMOQ et la Régie, il va y avoir maintenant une rémunération qui va être possible pour les médecins de la communauté lorsqu'ils vont avoir des discussions.

Une rémunération appropriée est effectivement de mise selon plusieurs.

Si la facturation était plus le reflet de ce que l'on fait, je pense que la prise en charge serait beaucoup mieux faite. [...] Mais c'est qu'un moment donné, il y a du monde qui s'épuise, et ce n'est pas pour rien. C'est qu'on travaille fort, mais que ce n'est pas nécessairement reconnu.

### Le réseau des soins et services en santé mentale

Plusieurs participants déplorent leur manque de connaissance des différents services existants et disponibles en santé mentale.

Je les connais pas les ressources. Je questionne mes collègues et ils ne les connaissent pas beaucoup plus que moi, ... même ceux que ça fait longtemps qu'ils sont ici.

De plus, l'accès aux services est souvent difficile. Il y a souvent de multiples étapes à franchir et/ou des intermédiaires à rencontrer avant d'accéder au service requis.

[...] les fameux formulaires en quarante pages à remplir, à faxer à Pierre, Jean, Jacques en trois copies, « Donnez en une au patient. » Le patient, faut qu'il appelle à gauche, à droite, [...]

La sectorisation des services de psychiatrie est dénoncée par plus de la moitié des participants comme limitante, et ce, autant pour le médecin que pour le patient.

Je vous entends parler de secteurs et on associe beaucoup ça avec tout ce qui est psychiatrie, c'est sectorisé. Sauf que, parce qu'on travaille dans un certain secteur, ça ne veut pas dire que nos patients à nous sont sectorisés. Et nous, on se retrouve avec la difficulté de se dire bon : « Code postal.. Vous êtes de quel secteur? » Où est-ce que je l'envoie? Avec qui je fais affaire?

Notamment, ce problème n'est pas signalé exclusivement par des participants de Montréal, mais certains participants des environs s'en plaignent aussi. En revanche, un des participants de Montréal a une clientèle provenant majoritairement du secteur où il travaille.

Aussi, les ressources sont limitées et les délais d'accès sont longs, particulièrement pour le secteur public et pour les consultations en psychiatrie.

Les psychiatres, ça part. Dans ce centre hospitalier, il y a eu des départs et des décès puis ça n'a pas été remplacé. Alors les effectifs sont bloqués... ils sont surchargés [...] Quand on essaie de référer, les psychiatres veulent pas voir les patients, parce que pour eux, ils alourdissent leur clientèle. Les psychiatres sont épuisés, puis je les comprends.

C'est comme ici, dans notre région, une consultation en psychiatrie, c'est très compliqué. C'est long, c'est lourd, puis le patient finit par aller à l'urgence de l'hôpital parce qu'il n'y a pas d'autre façon d'être vu dans un délai rapide.

Et comme le fait remarquer un autre participant, la consultation à l'urgence n'est pas toujours optimale.

[...] si le patient (de)vient décompensé, là ça dérange! Puis là, souvent, il doit voir le psychiatre!... après avoir été assommé à l'urgence. Le psychiatre va venir l'examiner dans le passage et il va lui dire « Ça va? » « Ça va bien. » Puis « Bonjour. » [...] Ils lui ont donné de la médication, ils l'ont gardé pour quelques heures. Aussitôt que la médication a abaissé son niveau d'anxiété, ils l'ont retourné à la maison en lui disant de revenir me voir. Mais, pas moyen de retrouver, de retracer, le médecin qui l'a vu pour communiquer avec lui ou elle... C'est, c'est ça là.

Ce même participant relève une injustice dans cette situation.

[...] et ce que je trouve moi aussi déplorable, c'est que ceux qui souffrent, que ce soit des accidents de travail, CSST ou maladie, ou une réaction dépressive, les compagnies qui engagent mon patient qui est déprimé, ils (les compagnies) peuvent obtenir une évaluation psychiatrique en quinze jours. Tandis que nous, pas moyen.

Toutefois, quelques participants bénéficient d'un meilleur accès à un service de consultation en psychiatrie. Deux de ces participants identifient néanmoins une lacune persistante dans les services intermédiaires, entre la simple consultation en psychiatrie et la référence à l'urgence. Il manque des services de stabilisation pour les cas en épisode aiguë et la possibilité de suivi conjoint ou de transfert en psychiatrie. D'un autre côté, la présence d'un intervenant de liaison au sein des services de consultation est grandement appréciée.

(Au sujet de l'infirmière liaison...) j'ai l'impression que je peux discuter du cas, qu'il y a une écoute active, une réponse active, puis un message actif aussi.

Quant aux références en psychologie, la majorité des participants constatent que ça fonctionne bien au privé, mais difficilement dans le secteur public.

[...] la plupart des patients ont des assurances qui payent très bien les psychologues. Alors, je vais travailler avec les psychologues, sauf pour les patients qui n'ont pas d'argent. Eux, tu peux les envoyer à l'hôpital, mais ça va prendre un an, deux ans (avant de voir un psychologue). [...] Celui qui n'a pas d'argent doit attendre pour le CLSC, pour voir un travailleur social. Ça prend plusieurs mois. Puis, le travailleur social, il est fin, il est gentil, mais ce n'est pas un psychologue.

Pendant ce temps, les équipes de santé mentale existantes sont souvent insuffisantes en termes d'effectifs, de capacité d'accueil des multiples clientèles, de diversité des services offerts, de durée d'intervention. Les équipes localisées dans les CLSC peuvent s'avérer difficile d'accès pour les patients des MD1 qui ne travaillent pas sur place. De plus, ces équipes diffèrent quelque peu d'un CLSC à l'autre, certaines sont plus petites, les modalités de fonctionnement variables, et autres. Deux participants expliquent diverses situations :

L'accessibilité dans les CLSC en ressources humaines au niveau de la santé mentale c'est réduit, c'est limité, c'est long... les références. Si vous référez de l'extérieur, ça peut prendre quelques mois.

Les mandats de notre équipe de santé mentale sont des mandats qui sont courts. [...] on arrive un moment donné au bout des ressources. Aussi, l'équipe de la santé mentale qu'on a, c'est une équipe qui a des limites. Si c'est des cas qui sont trop lourds, ils ne les prendront plus, ils ne sont pas capables.

[...] l'équipe, il y a psychologue, travailleur social, infirmière. C'est tout beau, mais tout le monde fait de la thérapie. [...] Cette équipe là, tout le monde fait de la thérapie. [...] un moment donné j'avais un monsieur schizophrène chronique stable. Il arrivait toujours malpropre, et il disait qu'il vivait tout seul. Mais, je n'avais personne pour me dire dans quelle sorte de milieu il vit. [...] D'après moi, c'est un travail de travailleur social d'aller évaluer le milieu, la salubrité. Mais, je n'avais personne pour faire ça.

Pour entrer, faut pas qu'il (le patient) ait de trouble de la personnalité, faut pas qu'il ait de problème de toxicomanie, faut pas que...et là je me dis, c'est quoi la porte d'entrée?

Tous les participants perçoivent une pénurie d'effectifs.

Il y a une réalité, les ressources humaines, c'en est une réalité, il n'y en a pas.

[...] puis, quand tu viens que tu es débordé, puis que tu ne sais plus où placer les (prochains) cas de psychiatrie, um... ça fait lourd.

Plusieurs des situations décrites dans cette section portent un participant à déclarer.

[...] en constatant ce qu'est le système actuellement au niveau de la santé mentale, il n'y a aucun incitatif à prendre la clientèle en charge. Et, c'est probablement la même affaire pour mes confrères, pour mes consœurs. Puis c'est ce que j'entends comme discours.

#### **4.2.2. Catégorie 2 : Une transformation parmi d'autres**

Il s'agit de la prise de connaissance par les participants de la transformation de la 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale à partir de l'ensemble de leurs observations et de leurs interprétations. Jusqu'à maintenant, le peu d'informations au sujet du PASM n'empêche pas les participants de percevoir un transfert vers la 1<sup>re</sup> ligne, mais les éléments en lien avec la présente transformation ne sont pas toujours bien identifiés. Les participants souhaitent-ils en savoir plus? Ces aspects sont élaborés dans ce qui suit.

##### ***Les participants encore peu au courant du PASM***

Seulement trois participants sont au courant de la transformation en cours et ceci principalement grâce à divers contacts à prédominance administratif en lien avec leur travail clinique. Ces trois participants s'attendent à la création d'une équipe de santé mentale de 1<sup>re</sup> ligne et ils identifient de façon consistante la prédominance organisationnelle (structurelle) des changements prévus. À eux trois, ils cumulent du

travail en CLSC, en GMF, en CR et en cabinet privé. Un seul de ces participants a un intérêt particulier en santé mentale. Ces trois participants se répartissent sur les trois localisations caractérisant le contexte (Montréal et les environs).

Quatre participants sont plus ou moins au courant. Leurs informations proviennent principalement des autres intervenants en santé mentale, des revues médicales et de leurs pressentiments. Ces participants associent à la transformation divers changements qui se produisent dans des services de consultations en psychiatrie et/ou dans des équipes de santé mentale et ce depuis quelque temps déjà. Les éléments de la transformation identifiés varient d'un participant à l'autre et plusieurs de ces éléments ne font pas partie de la présente transformation comme tel. À eux quatre, ils cumulent du travail en CLSC, GMF, cabinet privé et en centre hospitalier. Deux d'entre eux ont un intérêt plus marqué pour la santé mentale. Ils se répartissent aussi sur les trois localisations caractérisant le contexte (Montréal et les environs).

Finalement, quatre participants n'étaient pas du tout au courant de la transformation avant de recevoir l'invitation à participer à la présente recherche et, parmi eux, deux ne sont pas non plus au courant de la réforme du système de santé débuté en 2004, incluant la formation des territoires de CSSS. À eux trois, ils cumulent du travail en cabinet privé, en GMF et en CR. Deux d'entre eux ont un intérêt plus marqué pour la santé mentale et au moins deux travaillent aussi en centre hospitalier. Des services de psychologue privé sont offerts sur place dans au moins deux des sites de travail. Ces participants sont répartis dans deux des trois localisations caractérisant le contexte, incluant Montréal.

La source d'information principale semble donc provenir des instances administratives et atteindre seulement les MD1 qui ont un contact plus étroit avec l'administration. Il est surprenant de constater que la présence d'un intérêt pour la santé mentale chez les participants semble avoir peu d'impact à ce niveau. À noter aussi qu'aucun des participants ne travaille de façon complètement isolée. Les collègues médecins des participants ne sembleraient pas non plus très au courant de

la transformation de la 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale, sinon pas du tout au courant. Selon le propos d'un des participants, une telle situation n'a rien d'inhabituel.

Souvent il y a des changements et personne n'est au courant de rien ou le monde est au courant, mais autour là.

### *Une composante de transfert vers la 1<sup>re</sup> ligne*

Au moins la moitié des participants perçoit néanmoins un transfert vers la 1<sup>re</sup> ligne. Selon les différents participants, ce transfert concerne soit les clientèles, soit les ressources ou soit une combinaison des deux. En ce qui a trait aux clientèles, le transfert s'effectue déjà et pas seulement en santé mentale.

Oui, moi je trouve que depuis plusieurs années, ça change dans le sens que je trouve qu'en général notre pratique s'est alourdie. Pas juste parce que les clientèles vieillissent, mais parce qu'on a accès moins facilement à la spécialité. Il y a beaucoup de choses qu'avant, c'était d'emblée référence en cardio, référence en ci, référence en psychiatrie. C'était d'emblée une référence. Mais maintenant, c'est toi qui te trouves à suivre les cas de plus en plus lourds, que ça soit des personnes diabétiques ou autres. C'est beaucoup la 1<sup>re</sup> ligne qui grignote de plus en plus.

Deux participants notent qu'en santé mentale, cette mouvance aurait débuté il y a de ça une dizaine d'années et, initialement, s'accompagnait d'un soutien accru aux MD1 de la part des psychiatres. Depuis, dans le cas de trois participants, le transfert des clientèles psychiatriques prend de l'ampleur tandis que le soutien s'amenuise.

J'ai eu des transferts de patients sans qu'on me demande si je les prenais. Des patients qu'on suivait, moi je les suivais en médecine générale pour des problèmes autres que psychiatriques. Puis, un moment donné je reçois un transfert de dossier d'un patient qui s'est fait dire par son psychiatre « Tu seras suivi par ton médecin de médecine générale. » Des fois, je n'avais même pas le dossier, j'avais rien, pas de notes, rien.

Parce que j'en ai eu beaucoup des patients qui se sont retrouvés dans mon bureau avec : congé du psychiatre, suivi depuis 10 ans pour maladie affective bipolaire et tout ça. Ils arrivent et par la suite, si je veux avoir accès à nouveau (en psychiatrie), ce n'est pas nécessairement facile.

Les participants les plus au courant de la transformation à venir insistent plutôt sur la composante de transfert de ressources humaines, incluant des psychiatres, vers la 1<sup>re</sup> ligne.

[...] ce que je comprends qu'on veut faire, c'est qu'il y ait des équipes de base à qui on peut référer par exemple un patient en santé mentale qui va pas bien et que j'ai de la difficulté à gérer. Je peux demander, référer à une équipe, où je peux avoir un avis médical, un avis du psychologue, un avis du travailleur social. Si la crise a besoin d'intervention, si j'ai besoin d'un avis psychiatrique, que tout le monde s'y met pour stabiliser l'épisode, puis je peux revoir mon patient après.

Selon quelques participants, ce transfert vise un accroissement de la gestion des problèmes de santé mentale en 1<sup>re</sup> ligne, incluant par les MD1, à cause d'une situation de pénurie d'effectifs en spécialité.

Puis, en santé mentale, je pense aussi à cause du manque de ressources, ils s'attendent à ce qu'on suive plus de problématiques en santé mentale. On voit venir qu'en spécialité psychiatrique, ils voudraient être plus des consultants et les suivis au long cours (en 1<sup>re</sup> ligne ?).

Pour plusieurs participants, l'initiative du transfert vers la 1<sup>re</sup> ligne provient de la psychiatrie.

[...] je sais que la 2<sup>e</sup> ligne, ils veulent aussi se décharger de certaines prises en charge qui deviennent lourdes et qui les empêchent de faire des évaluations.

### *Sources de confusion*

Certains participants discernent difficilement entre les éléments de la transformation prévue de la 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale (en lien avec le PASM) et les éléments des autres transformations qui ont lieu présentement ou qui ont eu lieu dans le passé.

[...] je pense que le système de santé est trop instable et il y a trop de réformes, trop de virages... je ne suis pas capable de suivre.

Souvent, la terminologie est similaire et/ou le service apparenté. À plusieurs endroits, dans les dernières années, la 2<sup>e</sup> ligne a procédé à des réorganisations de services. Différents services de consultations en psychiatrie ont été implantés au fil

des ans et, pour plusieurs participants, à ces services s'insèrent déjà un mouvement de hiérarchisation des soins et services en santé mentale. Le vocabulaire associé à ses services et de leurs composantes évoque souvent des éléments faisant partie aussi de la présente transformation comme « évaluation », « liaison », « guichet d'accès », « soins partagés », « psychiatrie communautaire ». Un participant réfère spécifiquement à l'initiative des « soins partagés » entre psychiatres et médecins de famille qui a vu jour dans la dernière décennie. Dans le PASM, on utilise cette même appellation de façon interchangeable avec « soins basés sur la collaboration » et cela concerne l'ensemble des intervenants en santé mentale.

Il existe aussi déjà des « équipes de santé mentale » dans des hôpitaux et dans des CLSC qui font maintenant partie des CSSS. Dans le PASM, on parle de « l'équipe de santé mentale de 1<sup>re</sup> ligne en CSSS ». Un participant associe d'ailleurs les changements en cours dans une équipe de santé mentale avec la présente transformation tandis que cela résulte probablement de la réforme de l'ensemble du système de santé amorcé en 2004. Un deuxième participant fait remarquer qu'il y a déjà eu des transferts de ressources de la psychiatrie à la 1<sup>re</sup> ligne dans le passé. Deux participants mentionnent la réforme au niveau des CSSS comme le changement significatif en 1<sup>re</sup> ligne actuellement. Deux autres participants confondent les territoires de CSSS avec les secteurs de psychiatrie.

### *Niveaux d'information souhaités*

Quelques participants auraient aimé recevoir davantage d'information à ce stade-ci de la transformation tandis qu'un participant dit préférer ne rien savoir avant que la transformation ne soit fonctionnelle. L'absence d'information laisse un autre participant indifférent. Parmi les participants qui désirent plus d'information, c'est sous forme simple et claire, courte et précise. Recevoir des informations concrètes, comme des échéanciers et l'état d'avancement de la transformation, permettrait à un participant de garder espoir. Les modalités suggérées incluent des articles dans des revues (*Le médecin du Québec* et/ou *L'actualité médicale* sont cités comme

suggestion) et des présentations (lors des journées de formation médicale continue ou lors de soupers conférence). Pour certains, les informations pourraient provenir (et proviennent déjà) des différents administrateurs dans le système de santé et des gens de la 1<sup>re</sup> ligne. Cependant, pour un autre participant, l'informateur idéal serait le psychiatre. Selon ce participant, le message risque de passer moins bien par l'entremise d'un administrateur parce que ce dernier est associé à des coupures budgétaires tandis que le psychiatre est associé aux soins aux patients. Finalement, un participant aurait aimé non seulement être mieux informé, mais aussi contribuer.

[...] c'est que j'ai l'impression d'avoir des choses à dire et, pour l'instant, on ne me tend pas le micro (rires)!

Plusieurs participants ont commenté le document du PASM (qui avait été acheminé avec la lettre d'invitation) de façon spontanée ou le sujet s'insérait naturellement dans la conversation. Puisqu'il avait été spécifié que la consultation du document par les participants était facultative, le sujet n'a pas été activement abordé avec tous les participants. Néanmoins, deux participants ont relevé des points précis. Le premier de ces participants a été surpris de voir que les troubles de la personnalité étaient considérés du recours de la 3<sup>e</sup> ligne parce que c'est une condition fréquente en 1<sup>re</sup> ligne (pour laquelle il manque souvent de soutien cependant) et il lui semble irréaliste que tous ces cas puissent être dirigés vers la 3<sup>e</sup> ligne. Il note aussi la terminologie particulière comme l'utilisation des expressions « maladies mentales », « troubles mentaux ». Ce participant souhaiterait une meilleure concordance dans le langage utilisé. L'autre participant a été impressionné par les nombreuses flèches dans un organigramme.

Ce que j'ai trouvé compliqué, ce sont toutes les flèches. Le diagramme à la fin (page 50), je l'ai regardé comme médecin de famille : il y a des flèches entre nous et tout le monde. C'est un peu incroyable.

Le reste des commentaires se situaient à un niveau plus général comme « c'est vague, mais c'est beau ». Un participant a précisé détester ce genre de document à part les organigrammes. Deux participants ont mentionné que le document était long et donc ne l'ont pas lu par manque de temps plutôt que par manque d'intérêt, mais plusieurs l'ont quand même feuilleté.

### 4.2.3. Catégorie 3 : Des éléments intéressants dans le PASM

Il s'agit de l'appropriation par les participants de la transformation de la 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale. L'appropriation est définie comme rendre convenable à un usage, mais aussi de faire sien. L'appropriation s'accompagne donc de projections dans le futur en termes d'utilisations envisagées et d'effets anticipés, mais aussi de réactions personnelles. À noter que la discussion tourne autour des éléments retenus du PASM, soit l'équipe santé mentale de 1<sup>re</sup> ligne en CSSS, le psychiatre répondant et les soins en collaboration. Au besoin, des informations complémentaires sur ces éléments, selon le PASM, ont été apportées par la candidate à la maîtrise durant les entretiens afin de permettre à tous les participants de s'exprimer sur ce sujet, même ceux qui étaient peu ou pas au courant de la transformation.

#### *Grande ouverture à l'ajout de services*

Tous les participants se montrent très ouverts à l'ajout de services. Pour certains, c'est l'équipe de santé mentale de 1<sup>re</sup> ligne qui répond le mieux aux besoins tandis que pour d'autres, c'est le psychiatre répondant. Les participants sont partagés ici par rapport à leur préférence, mais en général, les participants accueillent favorablement les deux services.

Plus on a de répondants, moi j'aime mieux ça.

#### *L'équipe de santé mentale de 1<sup>re</sup> ligne en CSSS*

Ce service correspondrait exactement aux besoins de trois participants.

C'est parfait ça.

C'est de ça qu'on a besoin.

Oui, ça serait parfait.

Dans l'ensemble, cela convient bien aussi aux autres participants. L'intérêt des participants découle des multiples formes de soutien attribuées à une telle équipe, notamment:

- La dissémination des connaissances,
- La prise en charge du patient par l'équipe lorsque justifiée par la condition clinique du patient et/ou par l'atteinte des limites du MD1,
- La prise en charge des patients sans médecin de famille,
- L'orientation du patient vers les ressources les plus appropriées,
- L'offre de services en psychologie aux patients qui n'y ont pas accès au privé,
- La consultation psychiatrique,
- La prise en charge de la problématique sociale.

Plusieurs participants insistent cependant sur l'importance du rôle du psychiatre dans l'équipe.

[...] je trouvais que les psychiatres se donnaient un rôle un peu de consultants donc ils s'éloignaient un petit peu de l'intervention alors qu'on a besoin de leur expertise. Je pense qu'il faudrait qu'il y ait des psychiatres qui soient présents dans les équipes de 1<sup>re</sup> ligne. [...] ce qui est fondamental dans l'intervention en santé mentale au départ, après une évaluation, c'est d'établir un bon diagnostic. Ça va déterminer l'approche de l'équipe et je pense que dans le diagnostic psychiatrique, l'expertise des psychiatres est nécessaire et il ne faut pas mettre leur rôle trop loin. Sans ça, il y a le danger que les équipes s'égarent un moment donné, un petit peu, et pour moi, ça m'apparaît un risque. Il faut que ces équipes là soient bien encadrées par les psychiatres.

Et, bien que plusieurs participants soient d'accord avec le mandat d'interface entre la 1<sup>re</sup> et la 2<sup>e</sup> ligne de l'équipe, certains préfèrent l'accès direct à la consultation par un psychiatre.

[...] si je peux éviter les intermédiaires entre moi et le psychiatre, c'est encore mieux:

Quelques participants questionnent la pertinence pour un patient déjà évalué par un MD1 de repasser par un autre MD1 pour l'accès à un service, que ce soit pour une consultation en psychiatrie ou pour les services d'une équipe.

S'ils ont un médecin généraliste qui fait bien son travail comme la plupart de nos médecins généralistes, pourquoi ils (les patients) auraient un autre médecin de 1<sup>re</sup> ligne?

[...] qu'un médecin de famille refasse l'évaluation que j'ai fait, c'est clair que ça peut m'aider à certains moments, mais est-ce que ce n'est pas non plus une perte de temps? D'embourber le système qui est déjà embourbé? C'est ma crainte.

Ce à quoi un autre participant réplique que c'est pour assurer une utilisation judicieuse des ressources publiques.

Je pense qu'il faudrait quand même que la personne passe par le médecin généraliste de l'équipe de santé mentale qui lui confirme ou infirme les impressions de son confrère ou de sa consœur puis oriente vers les ressources.

Aucun parmi les huit participants avec lesquels la question est spécifiquement abordée n'envisage de faire partie d'une telle équipe, entre autre par manque de temps et/ou d'intérêt.

Je ne veux pas faire partie de l'équipe de santé mentale, je ne veux pas faire de la médecine en santé mentale. Vous savez, le médecin qui va travailler à l'intérieur de l'équipe en santé mentale, ça va être une spécialité. Ça va être un médecin qui travaille dans ça, qui va être à demi-temps ou à plein temps en santé mentale. Moi, je fais de la médecine générale et, à l'intérieur de ma médecine familiale générale, j'ai des patients qui ont des problématiques de santé mentale.

Quelques participants s'inquiètent d'un contingentement rapide de ces équipes.

[...] beaucoup de pression sur ces équipes en 1<sup>re</sup> ligne qui feraient à la fois, je pense, de l'évaluation, puis ensuite du suivi. Ces équipes risquent facilement de devenir embourbées. Alors, je ne suis pas sûr que c'était réaliste de confier les deux mandats à une même équipe.

[...] ma crainte, c'est que ce soit une porte qu'on ouvre qui va tout de suite se remplir, dépendamment de la façon que c'est géré, c'est certain. Mais, est-ce que ça va répondre au long cours aux besoins ou ça sera une étape suivante dans le processus avant que le patient puisse être orienté?

Un autre participant signale qu'une équipe peut avoir des problèmes de fonctionnement. Selon l'expérience d'un autre participant, une équipe peut prendre des heures pour des choses qui pourraient être réglées en cinq minutes. Les réunions ne sont pas toujours efficaces, la communication à l'intérieur de l'équipe peut

s'avérer difficile et une compétition peut s'installer entre les intervenants autour de leurs idées respectives.

En revanche, un participant considère qu'une équipe constitue un milieu propice au partage et à la mise en commun des connaissances. Deux participants précisent s'attendre que cette équipe soit à la fine pointe des connaissances. Un de ces deux participants s'attend aussi que l'utilisation des ressources y soit balisée sur une base scientifique et entrevoit la possibilité que l'équipe puisse aussi contribuer au développement des connaissances. Un autre participant évoque la mise à jour et l'uniformisation des pratiques qu'entraîne le travail en équipe. Selon lui, cela confère une garantie de qualité et transfère le lien de confiance à ses membres.

[...] quand il y a une équipe, tu ne peux pas avoir un comportement trop marginal parce que l'équipe va te ramener. Tu ne peux pas être en dehors du sentier. L'équipe, il y a comme des normes de pratique, des façons de faire. Un peu comme nous, quand on s'est inscrit comme GMF, on a fait des protocoles de traitement d'hypertension puis là, finalement, on s'est mis à voir une approche assez commune. Ça nous a obligé de nous mettre à jour sur les derniers traitements, pourquoi on fait ça, puis s'uniformiser. Dans une équipe, ça arrive par le fait de l'équipe. [...] l'équipe va te remettre dans le droit chemin ou bien tu vas te réajuster toi-même. Alors qu'un psychologue, qui est tout seul dans son bureau... quand tu le connais et tu sais qu'il travaille bien, tu es correct. Mais, quand ça vient de l'équipe, tu sais que les personnes de cette équipe doivent rediscuter puis qu'ils doivent être à la fine pointe des connaissances : on traite ça, on traite pas ça, on fait ça... L'équipe, ça donne une petite garantie de la qualité... je trouve que ça aide en tout cas si on se fait appeler.

Quelques participants aimeraient que l'équipe offre un arrimage non seulement avec la 2<sup>e</sup> ligne mais avec l'ensemble des ressources en soins et services de santé mentale, incluant les psychologues au privé et les organismes communautaires. Cela faciliterait la création de liens de confiance, particulièrement si l'équipe pourrait en assurer la qualité dans une certaine mesure.

[...] j'imagine qu'il va y avoir des guides, et éventuellement qu'ils vont nous dire « Dans tel territoire de CSSS, voici les ressources. »

Ce serait merveilleux que cette structure là puisse nous orienter parce que je sais qu'il y a énormément de ressources dans le domaine

communautaire que je ne connais pas. Alors, le fait d'avoir ce réseau qui mettrait nos patients en contact, je pense que les ressources seraient probablement mieux utilisées. [...] dans le domaine de la santé mentale, il y en a beaucoup qui s'improvisent. Ça fait peur à beaucoup de gens, nous les premiers. Donc, de savoir qu'il y a une équipe qui va pouvoir vraiment s'assurer de la qualité du territoire, moi je trouve ça très sécurisant.

*Le psychiatre répondant*

Ce service correspond exactement au besoin d'un des participants ayant un intérêt plus poussé pour la santé mentale sans toutefois avoir d'expérience de travail dans une équipe de santé mentale.

Oui, c'est ça, c'est ça dont j'ai besoin.

D'autres participants y entrevoient quand même une utilité potentielle, souvent en tant que modalité complémentaire à d'autres types de services de soutien. Les besoins pour lesquels les différents participants envisageraient un recours au psychiatre répondant incluent :

- conseils pharmacologiques,
- avis d'orientation,
- conseils ou recommandations,
- informations,
- ajustements dans le suivi de patients (un participant précise que ce serait pour les patients déjà évalués en psychiatrie)
- lorsqu'il n'est pas souhaitable d'introduire un intervenant additionnel,
- lorsque le MD1 est inconfortable ou perplexe,
- pour les semi-urgences,
- durant le délai d'attente pour une consultation en psychiatrie.

Dans certaines des situations énumérées ci-haut, le recours au psychiatre répondant pourrait éviter la référence à l'urgence ou la consultation en psychiatrie.

[...] on va faire une consultation en disant « Ajustement thérapeutique, opinion SVP. » Alors que dans le fond, ça pourrait se faire autrement.

Cependant, un participant précise que cette modalité ne serait pas appropriée dans le cas de l'évaluation d'un patient suicidaire, ni de celle de l'évaluation pour la possibilité d'un trouble bipolaire, ni pour les cas qui nécessitent une référence immédiate à l'urgence.

Pour quelques participants, l'utilité d'un tel service serait moindre. Ces derniers préfèrent de loin la consultation psychiatrique traditionnelle ou la consultation auprès d'une équipe dans laquelle œuvre un psychiatre. C'est que le psychiatre répondant ne peut pas évaluer le patient en personne ni procéder à un examen complet. Il est limité, entre autre, par sa dépendance sur l'information que lui fournit l'intervenant qui sollicite l'avis psychiatrique.

[...] je trouve que c'est toujours un peu difficile par téléphone là. Est-ce que ce psychiatre aurait la possibilité de rencontrer le patient s'il le juge nécessaire? Ça serait autre chose, ça serait plus intéressant. Oui, ça pourrait être intéressant de pouvoir discuter avec un psychiatre par téléphone quand même. [...] bien de rencontrer le patient parce que, des fois, ils (les psychiatres) sont plus habilités à aller chercher certaines informations que moi.

Pour plusieurs participants, l'idéal serait :

Et nous, ce qui serait merveilleux, ça serait d'avoir un psychiatre consultant qui serait disponible sur place. Alors, pas pour faire le suivi des patients, nous on peut s'en occuper, mais pour confirmer nos impressions diagnostiques puis orienter.

### ***Désir de travailler en collaboration***

La majorité des participants manifestent d'emblée une attitude favorable en ce qui concerne le travail en collaboration. Plusieurs participants privilégient une collaboration cas par cas, centrée sur le patient et avec des intervenants connus et/ou reconnus. Des participants précisent que le travail en collaboration bénéficie au patient, mais d'autres font remarquer que le travail en collaboration n'est pas nécessaire dans tous les cas. Plusieurs participants collaborent déjà, au besoin, avec divers intervenants. Des participants expriment de la satisfaction à travailler en

collaboration avec leur réseau de psychologues dans le privé, avec d'autres professionnels de la santé dans les CLSC et les cliniques médicales, avec deux services de consultation en psychiatrie et avec des équipes de santé mentale.

Une collaboration plus étroite existerait au sein des équipes, par exemple dans les équipes de santé mentale de 2<sup>e</sup> ligne et dans les équipes de soins palliatifs. Plusieurs participants voient une telle collaboration surtout à l'interne dans les futures équipes de santé mentale de 1<sup>re</sup> ligne en CSSS. Par contre, ils désirent pouvoir établir des liens avec ces équipes.

ça serait intéressant que ça reste comme.. leur travail (à l'équipe de santé mentale de 1<sup>re</sup> ligne en CSSS), mais qu'on soit inclus aussi peut-être là dedans..

Ce lien pourrait s'actualiser par l'entremise d'un intervenant pivot ou liaison.

Quelqu'un en 1<sup>re</sup> ligne, c'est sûr que ça prend des intervenants pivots, alors vous avez sûrement entendu la notion d'intervenants pivots qui est très importante. Un intervenant pivot, ce n'est pas le médecin, pour moi. En santé mentale, même en médecine en général, je ne suis pas l'intervenant pivot de personne. C'est ou les infirmières, ou un psychologue, ou un travailleur social qui va être l'intervenant pivot. [...] C'est un intervenant au sein d'une équipe qui est quelqu'un qui va travailler à ce que tout s'arrime, [...]

La communication revêt donc une grande importance dans le travail en collaboration. Un participant précise que la communication avec les MDI, particulièrement le partage d'information au sujet des patients, est nécessaire pour l'intégration des MDI. Un autre participant ajoute que la communication est aussi nécessaire pour la continuité des soins tandis qu'un troisième participant souligne l'importance de la communication pour l'acquisition de connaissances. Cela peut prendre la forme de petits résumés, de rapports de consultations, de discussions informelles.

[...] c'est sûr que plus il y a de monde dans un dossier, plus je suis aidé. Mais des fois on a juste le mot du patient. On n'a pas de contacts directs avec ces gens là (psychologues, psychiatres), c'est assez rare.

Les participants proposent différentes modalités de communication dont le fax, le téléphone, le courriel ou le papier. Un participant se plaint d'avoir constamment à

courir après les informations au sujet de ses patients et de devoir faire signer des autorisations aux patients à cet effet. Plusieurs participants se plaignent de ne pas toujours recevoir les informations pertinentes à leur travail au sujet de leurs patients.

Parmi les obstacles au travail en collaboration figurent, tel que déjà discuté auparavant, une communication déficiente, une méconnaissance des intervenants et des services en santé mentale, mais aussi le manque de temps des intervenants,

[...] ce n'est pas rare que je reçois dans ma boîte vocale « Dr. Participant, on aimerait beaucoup que vous veniez à notre réunion jeudi prochain à 13 :00 h. » Bien, j'ai des patients. Je ne peux pas avec des patients. Je ne me tourne pas les pouces là. C'est bouqué pour deux, trois mois. Donc, le problème, c'est l'arrimage des horaires, première des choses et deuxièmement, le temps total. Oui, je suis intéressé à travailler avec mes collègues, mais je ne peux pas aller en santé mentale deux heures à toutes les deux semaines, en soins à domicile deux heures à toutes les deux semaines, en enfance famille deux heures à toutes les deux semaines. Je ne peux pas.

l'organisation du travail,

[...] je pense que ça peut être que très bien de travailler ensemble, mais, c'est que dans la structure du cabinet de consultation, c'est plus difficile à faire.

le départage clinique des clientèles,

Une chose que je trouve difficile, c'est quand on parle de troubles graves, de troubles modérés, de troubles transitoires. C'est difficile parce que souvent, ou la plupart du temps, c'est des multi problématiques. J'ai de la difficulté à comprendre comment, sur le terrain, en clinique, comment on va s'articuler avec ça, puis comment on va classer ça, parce que ça m'apparaît un classement difficile.

la dispersion géographique,

Mais il faut quand même y aller en auto, stationner, traverser la rue, [...]. On parle pendant une heure, je reviens ici, j'ai perdu deux heures de mon temps, trois heures de mon temps...

la sectorisation,

[...] le plus gros obstacle c'est celui que je vous nommais tout à l'heure, la sectorisation. Si ça s'ouvre un petit peu et que le patient peut choisir, ça ne devrait pas être un problème. [...] Si on veut que nos patients suivent les recommandations, il faut que ce soit facile pour eux aussi.

Donc, de leur imposer, dire : « Bien écoutez, moi je fais affaire avec tel endroit, c'est cette équipe là ou c'est rien », ce n'est pas nécessairement une démarche qui va donner du succès.

malgré que de l'avis d'un autre participant, une sectorisation souple du MD1 (et non du patient) comporte certains avantages :

[...] d'aller par la sectorisation du médecin. Parce que si j'ai besoin d'avoir un accès rapide, je connais le psychiatre et eux ils me connaissent, comment je travaille.

En effet, connaître les autres intervenants et services facilite le contact et favorise le lien de confiance. La connaissance des autres intervenants inclut ici une bonne compréhension des rôles.

[...] je pense qu'un travailleur social, c'est un travailleur social et qu'un psychologue, c'est un psychologue. Je pense que les troubles de santé mentale ne devraient pas être vus par un travailleur social ou par une infirmière... qui a une formation en psychothérapie. Je pense que ça devrait être un psychologue. [...] Oui, quand il y a des problèmes psychosociaux avec une composante sociale très importante, j'aimerais bien que ce soit un travailleur social qui entre dans le tableau.

Un participant précise que des intervenants conscients de leurs rôles respectifs et qui travaillent dans le même sens favorisent aussi une bonne collaboration au bénéfice du patient. Malheureusement les rôles ne sont pas toujours bien définis et/ou compris, incluant celui du MD1. Un participant rappelle que d'établir le diagnostic, sur lequel dépend le traitement, est une compétence exclusive du médecin selon la loi au Québec. En passant, il mentionne qu'une insécurité du MD1 face à son rôle diagnostique peut nuire à la collaboration. Mais le rôle du MD1 ne se limite pas au diagnostic. La pharmacothérapie fait partie des responsabilités du médecin. Un participant considère avoir une fonction d'accueil, de traitement et de suivi. Il ajoute que défendre les patients fait aussi partie du rôle des médecins. Dans une optique encore plus compréhensive, un participant considère son rôle comme suit :

Moi je pense que mon rôle, c'est d'avoir une approche globale de la santé de mon patient.

Par contre, le rôle du MD1 n'est pas illimité. Des participants spécifient que le MD1 n'est ni un psychiatre, ni un travailleur social, ni un intervenant pivot, ni un psychologue. Cependant, beaucoup relève du MD1, souvent par défaut. Par exemple, le délai d'accessibilité en spécialité contraint le MD1 d'en faire plus pour éviter de référer à l'urgence. Aussi, les patients avec des problèmes sociaux sont souvent référés aux MD1. De plus, la thérapie de soutien n'est pas un rôle spécifique au médecin; tous les intervenants peuvent faire de la thérapie de soutien fait remarquer un participant. Cela devrait donc être partagé entre les intervenants.

De la même façon, un participant estime qu'il ne revient pas qu'aux MD1 de faire le suivi des cas chroniques, mais que chaque spécialité devrait assumer ses cas chroniques.

[...] la problématique dans la société médicale actuelle, c'est que personne n'aime la prise en charge, tout le monde veut faire du ponctuel. [...] C'est sûr ce n'est pas le fun du long terme, on recommence tout le temps, mais... il ne faudrait pas, je n'aimerais pas, que la psychiatrie transfère leurs longs termes en médecine générale [...]

La situation est similaire avec les autres intervenants et les équipes. Certains patients nécessiteraient un suivi à long terme en psychologie ou en services sociaux, par exemple. Mais, les autres intervenants et les équipes sont souvent restreints à un rôle limité dans le temps, peu importe la problématique du patient. Conséquemment, les patients qui ont besoin d'un suivi à long terme, qui nécessitent seulement de la thérapie de soutien sont dirigés au médecin de 1<sup>re</sup> ligne selon un participant.

Trouble de personnalité, il n'y a « rien à faire », à qui on l'envoie? Au médecin de famille.

D'autre part, plusieurs participants souhaitent un rapprochement avec les psychiatres.

Il faut plus de dialogue entre les psychiatres et les médecins de 1<sup>re</sup> ligne. [...] pour avoir discuté avec des confrères omnis, et des confrères psychiatres, il faut qu'il y ait un dialogue un peu plus vivant qui soit abordé entre les deux.

Un participant mentionne que les suivis en psychiatrie sont souvent complètement séparés des suivis par le MD1. De l'avis de plusieurs, cela devrait être plus fluide.

La communication est cependant difficile à établir. Les deux partis sont surchargés, souvent en consultation avec les patients et donc manquent de temps. Une incompréhension mutuelle en résulte parfois.

Je suis persuadé que les psychiatres ont des fois l'impression qu'on pose trop tel genre de diagnostic, ou qu'on a tel travers. Et nous, des fois, on a l'impression ... des fois que... on n'est pas toujours d'accord. Alors, ce serait bien qu'il y ait un forum, parce qu'il faut qu'il y ait une pensée commune qui émerge de ça.

D'emblée, les quelques participants avec lesquels la question est abordée ne considèrent pas avoir une expertise en santé mentale à transmettre, mais ils sont ouverts à partager leurs expériences sous forme d'échanges.

[...] c'est intéressant de discuter comme... comme deux personnes qui échangent, mais moi en tant que médecin de famille et l'autre en tant que psychiatre. Je vois les rencontres comme étant un échange.

### *Effets anticipés*

#### *Effets positifs*

[...] si ces choses là se réaliseraient, ce serait un climat de travail idéal, et pour les médecins, et pour les psychologues, et pour les infirmières en santé mentale, et pour les psychiatres, et pour les patients. Pour le patient, ce serait formidable. On ne serait plus dans un système où la psychiatrie est l'enfant pauvre de la médecine.

Pour la plupart des participants, l'actualisation d'une transformation selon le PASM, tel que discutée, faciliterait la pratique médicale en 1<sup>re</sup> ligne en ce qui concerne les soins en santé mentale.

[...] ça va rendre un peu moins lourd notre pratique parce que, quand on travaille dans des contextes comme ça, c'est épuisant, c'est difficile. Je vous dis que de voir trois quatre déprimés en sans rendez-vous l'après-midi et ne pas avoir d'ouverture nul part ... je sors de là, je sais plus quoi faire avec mes patients. Oui, ça va diminuer notre tâche, ça va la faciliter. Alors on va avoir un travail d'équipe et la psychiatrie, il faut travailler en équipe.

D'autre part, cela encouragerait la prise en charge par les MD1.

[...] si on est mal pris et qu'on peut avoir accès, qu'on ne sera pas pris tout seul avec le patient, oui on va prendre plus en charge

Donc si les médecins ne sont pas en solo à l'intérieur de ces suivis là, les médecins vont embarquer [...]

Le rôle du MD1 serait optimisé.

J'aurais l'impression de faire plus de médecine. [...] Par exemple, s'il y a une travailleuse sociale, une psychologue, une infirmière qui est disponible en équipe et qu'on peut référer notre patient, dans une structure où est-ce qu'il peut être rencontré, pour ventiler et tout ce genre de choses, ce serait merveilleux là.

Décharger une partie du soutien social, qui pourrait être donné à quelqu'un d'autre, qui est très lourd, qui pourrait aller dans les mains de quelqu'un formé pour faire du soutien social, [...]

La relation médecin-patient serait préservée sinon améliorée.

Je ne pense pas que ça changerait la relation entre moi et mon patient dans la mesure où, si ça change quelque chose, ça risque d'être une amélioration. Parce que je serais en mesure de leur offrir quelque chose d'autre que je connais, plutôt que de leur dire « Il faut aller chercher une aide supplémentaire, mais point d'interrogation parce que je ne sais pas trop où vous envoyer. » Alors que là, oui on reconnaît nos limitations, mais en même temps, on leur offre un autre soutien en leur disant « Écoutez, il y a telle chose qui est mis sur place, je continue de vous suivre, et je sais qu'il y a tels intervenants que vous pourrez rencontrer. »

### Effets neutres

D'un autre côté, la plupart des participants ne prévoient pas augmenter de façon importante la partie de leur pratique médicale consacrée à la santé mentale, bien qu'ils ne prévoient pas non plus la diminuer. Ils prévoient plutôt continuer leurs activités régulières en santé mentale tout en bénéficiant d'un meilleur soutien pour ce faire.

Personnellement, je fais du bureau, je fais des cliniques sans rendez-vous. Ça constitue une partie non négligeable de ma clientèle et de mon travail en santé mentale. Je ne refuse pas de voir ces patients de toute façon. Alors, je ne suis pas sûr que pour moi ça changerait beaucoup. C'est juste que ça me donnerait, ça facile... et je ne suis pas sûr que ça faciliterait tant que ça mon travail, parce qu'actuellement, dans le secteur où je suis, il y a un service de consultation en psychiatrie.

Je ne pense pas que ça changerait. J'aime suivre mes patients puis ça ne me dérange pas de m'impliquer. Je ne pense pas délaisser (des patients) parce qu'il y aurait une équipe e.. spécialisée. J'aime que ce soit varié dans la pratique générale. Mais je suis assez consciente qu'en 1<sup>re</sup> ligne, pour beaucoup (de médecins), si on pouvait enlever la santé mentale ça serait facile. [...] Mais, je pense que le danger, il est hypothétique parce que je pense que les ressources, elles ne seront pas là et qu'il va falloir que les patients restent dans les bureaux des médecins de famille.

### Effets négatifs

Pour certains, la transformation engendre l'inquiétude d'un transfert non approprié ou excessif de patients à partir de la 2<sup>e</sup> ligne à la 1<sup>re</sup> ligne, plus particulièrement de la part des psychiatres aux MD1. Un participant considère que les médecins de 1<sup>re</sup> ligne ne sont pas prêts à un tel transfert, qu'ils n'ont pas suffisamment de formation ni de soutien pour assumer ça. De plus, si un tel transfert avait lieu, mais que le soutien de la 2<sup>e</sup> ligne s'avérait insuffisant, les MD1 se retrouveraient aux prises avec la responsabilité des services insuffisants pour cette clientèle.

[...] parce que quand tu redonnes aux médecins de famille, c'est comme si on avait la responsabilité de tout gérer. Puis s'il n'y a pas de ressources, ou si elles ne sont pas disponibles, il faut que tu fasses avec. Ça c'est plus inquiétant.

Une surcharge des MD1 pourrait aussi en résulter.

Ça risque d'augmenter la demande en 1<sup>re</sup> ligne, et vu le manque de médecins généralistes, ça pourrait être un petit peu drainant à quelque part.

[...] le transfert de la 2<sup>e</sup> ligne à la 1<sup>re</sup> ligne, ça serait peut être difficile, en tous cas pour moi là, d'accepter de voir un patient via l'équipe multi. J'aime bien voir mes patients au bureau qui ont pris rendez-vous, déjà c'est difficile d'accepter de nouveaux patients...

Par ailleurs, selon un participant, le processus même de transformation peut s'avérer destructeur.

Si la transformation dans ce document là (PASM) se fait efficacement, clairement, je n'ai pas de misère à m'adapter. Si je reçois demain matin un document qui me dit « Ok, jeudi matin, il va y avoir un psychiatre répondant, tel nom. » je vais être correct pour vendredi prochain. Mais si ça prend cinq ans pour que la transformation se fasse, j'envoie un patient,

il me revient, il est perdu, je ne peux pas l'endurer. C'est trop vague, c'est trop flou, c'est trop dysfonctionnel. J'ai besoin d'un système qui marche. Et on va voir. Si le système prend cinq ans avant de bien marcher, c'est cinq ans d'enfer. Et ça a l'air que c'est l'enfer depuis un an, on me dit ça.

Les participants sont surpris de l'inquiétude formulée dans la littérature quant à la possibilité d'un désinvestissement des MD1 dans les soins en santé mentale en présence d'un soutien accru. Au contraire, ils envisagent cela comme un encouragement à la prise en charge et le suivi des problèmes de santé mentale par les MD1.

Souvent, quand les gens vont avoir une réticence à s'impliquer, c'est parce qu'ils ont l'impression que la problématique déborde de leurs simples compétences, que ça prendrait l'intervention d'autres types de professionnels comme des psychologues et des travailleurs sociaux. S'ils savent que ces ressources là sont accessibles rapidement, on peut penser qu'il y en a certains qui pourraient être moins réticents à s'impliquer.

Un autre participant confirme, sur une note plus personnelle, l'énoncé précédant.

[...] dans ce temps là, ça m'arrive des fois de refuser... je ne veux pas m'impliquer parce que je n'ai pas les capacités, je n'ai pas le backup...

Néanmoins, des participants admettent que certains médecins pourraient en effet être tentés de référer d'emblée tous les cas de santé mentale vers les nouveaux services. Il s'agirait surtout des médecins qui ne sont pas intéressés du tout en santé mentale et/ou ceux qui travaillent en sans rendez-vous.

Ce qu'il ne faudrait pas, c'est que le médecin de 1<sup>re</sup> ligne, qui voit le patient la première fois, se serve de tout ce qui va être mis en place pour dire « Bien là, je n'ai plus besoin de m'en occuper, je vais transférer ailleurs. » Qu'il ne fasse que du « triage ». Il ne faudrait pas que ce soit ça qui se produise. [...] Ça dépend du type de pratique. Si c'est un médecin qui ne fait que du sans rendez-vous, c'est sûr que la tentation va être énorme là. Il va dire « Bon, je vois mon patient, je fais un diagnostic de dépression ou autre et puis je l'envoie vers l'équipe et je passe à autre chose. »

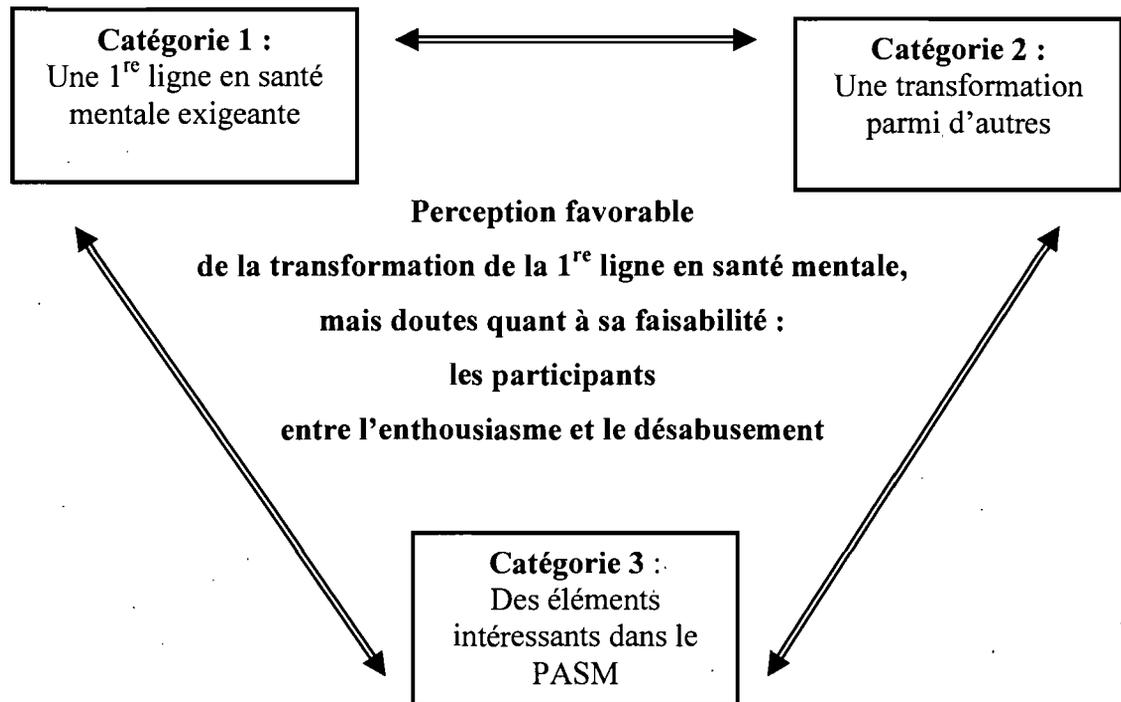
### 4.3. Explication du schéma conceptuel

Une mise en relation des catégories décrites à la section précédente permet d'en arriver à une perception encore plus englobante autour du thème même de la recherche, soit la transformation de la 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale. Tel que déjà précisé, chaque catégorie représente une perception globale issue du regroupement des perceptions des participants. L'interaction entre ces différentes perceptions se résume à une attitude favorable envers la transformation de la 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale, mais des doutes quant à la faisabilité d'une telle transformation. Cela laisse les participants entre l'enthousiasme et le désabusement.

Ce sont des vœux pieux. On ne peut pas être contre la vertu. Moi je vois ça comme ça. On ne peut pas être contre la vertu. C'est sûr qu'on a besoin de mieux se structurer, les niveaux de soins, tout ça. Je trouve que c'est beau. Mais pour le moment ça reste un discours. Je ne sais pas si c'est... faisable. Je trouve ça intéressant, je trouve ça important, je trouve ça nécessaire, mais je ne suis pas sûre que c'est réalisable, à court terme.

Le schéma conceptuel élaboré (voir Figure 2, page 89) illustre les liens mis en évidence entre les catégories pour en arriver à cette perception globale. Le texte qui suit explique ces liens.

**Figure 2 :**  
**Perceptions des participants – schéma conceptuel**



### 4.3.1. Une perception favorable

De nombreux besoins et problèmes sont perçus par les participants à partir de la catégorie « Une 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale exigeante ». Parallèlement, à partir de la catégorie « Des éléments intéressants du PASM » se forme la perception que les besoins et les problèmes perçus par les participants sont adressés, du moins en partie. De plus, cette catégorie permet de réajuster certaines perceptions négatives issues de la catégorie « Une transformation parmi d'autres ». Ceci résulte en une attitude favorable envers la transformation et même en un certain enthousiasme.

En regard des nombreux besoins perçus par les participants à partir de la catégorie « Une première ligne en santé mentale exigeante », la transformation arrive à point.

[...] j'ai hâte de voir de quoi il va s'agir comme transformation, exactement vers quoi on s'enlève, parce que je pense, qu'en ce moment, on a besoin de modification. L'accès n'est pas nécessairement facile..  
[...] L'accès à du support ou du soutien et les références également, ce n'est pas simple. On a tendance à avoir à référer directement à l'urgence quant on est mal pris et tous les cas ne nécessitent pas nécessairement de passer par l'urgence..

Ce même participant précise, un peu plus tard dans la conversation, un aspect particulièrement problématique en ce qui a trait à l'accès au soutien.

Là où on a besoin de plus de développement, c'est tout ce qui est intervenants sociaux, psychologues, infirmières, pour tous ces patients qui ne sont pas couverts par un régime d'assurance qui leur donne accès à des soins de ce type là.

Tandis qu'un deuxième participant explique un autre aspect problématique en ce qui a trait à l'accès au soutien.

Je trouve que c'est l'accès à la 2<sup>e</sup> ligne. Quand tu ne sais plus quoi faire, faut pas que ça prenne trois mois. Parce que si moi je sais plus quoi faire, ça fait déjà des mois que je le suis et le patient, ça fait des mois qu'il ne va pas tellement bien. Tu ne peux pas attendre encore trois mois supplémentaires. Moi je trouve que c'est ça la pierre angulaire à l'heure actuelle : c'est la ressource pour avoir une aide spécialisée.

Un troisième participant reformule de façon concise l'essentiel des besoins exprimés par les deux participants précédents ainsi que par de nombreux autres participants.

C'est d'avoir accès à des services de support. Les services de support, on parle d'intervenants qui vont travailler en santé mentale puis qui vont être accessibles et ça inclut aussi des psychiatres.

Des besoins additionnels ont aussi été manifestés par des participants.

[...] Au niveau de la 1<sup>re</sup> ligne, d'être mieux informé (au sujet des ressources existantes) et peut-être un petit peu plus de formation médicale continue en santé mentale, [...]

De plus, des participants déplorent le manque d'accès au MD1 par les personnes avec un problème de santé mentale et une prise en charge insuffisante de ces personnes.

Il y en a beaucoup (de personnes) qui souffrent de problèmes de santé mentale et qui sont sans médecins.

Et c'est clair que (dans) le domaine de la santé mentale, c'est un énorme problème la prise en charge.

Les participants perçoivent donc des réponses potentielles à leurs besoins dans la catégorie « Des éléments intéressants du PASM ». Ceci génère de nombreux espoirs dont :

- l'espoir de pouvoir consulter facilement en psychiatrie par l'entremise de l'équipe de santé mentale de 1<sup>re</sup> ligne en CSSS,
- l'espoir d'avoir accès à divers services en santé mentale, incluant ceux d'une équipe et d'un psychiatre répondant,
- l'espoir d'avoir accès aux soins prodigués par de nombreux autres intervenants en santé mentale,
- l'espoir de bénéficier d'une dissémination des connaissances en santé mentale,
- l'espoir d'être assuré que les patients sans MD1 seront évalués et pris en charge.

Dans un tel contexte de renforcement de la 1<sup>re</sup> ligne, plusieurs participants se disent d'accord avec une hiérarchisation des soins et des services en santé mentale, bien qu'initialement perçue comme un transfert parfois excessif et/ou inapproprié vers la 1<sup>re</sup> ligne dans la catégorie « Une transformation parmi d'autres ».

Je me suis toujours concentré sur ce problème là, d'avoir de l'aide de la 2<sup>e</sup> ligne pour aider la 1<sup>re</sup> ligne. Parce que moins il y aura de l'aide, moins les médecins de la 1<sup>re</sup> ligne voudront s'occuper des patients en psychiatrie. Ils vont les référer, puis là, il y en aura de plus en plus (de patients) qui vont aboutir à la salle d'urgence. Parce que mal soignés sur la 1<sup>re</sup> ligne ou parce que la 1<sup>re</sup> ligne n'aura pas eu à s'en occuper.

#### 4.3.2. Doutes quant à la faisabilité

Cependant, les solutions planifiées dans la catégorie « Des éléments intéressants du PASM » n'adressent pas toujours les causes sous-jacentes aux besoins identifiés et aux problèmes à résoudre tels que perçus par les participants à partir de la catégorie « Une 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale exigeante ». Par exemple, la réorganisation des services planifiée dans le PASM et la notion de territoire comportent une certaine incohérence avec la pénurie d'effectifs à corriger et les problèmes occasionnés par la sectorisation de la clientèle à résoudre. Les particularités de la pratique médicale en 1<sup>re</sup> ligne et des soins en santé mentale sont plus ou moins pris en considération. De plus, la catégorie « Une transformation parmi d'autres » confronte déjà certains participants à des changements indésirables comme des transferts de patients vers la 1<sup>re</sup> ligne en l'absence de soutien suffisant de la 2<sup>e</sup> ligne. Aussi, cette même catégorie, « Une transformation parmi d'autres », démontre que l'amorce de l'implantation du PASM s'effectue sans que la majorité des participants en soit informée clairement. Tout ceci résulte en des doutes quant à la faisabilité de la transformation telle que prévue dans le PASM et quant à l'atteinte des résultats bénéfiques escomptés. Un certain désabusement accompagne ces doutes.

En effet, plusieurs participants considèrent le manque de ressources comme un obstacle majeur à la transformation.

Je pense qu'il y avait déjà un problème. Les transformations ne font pas doubler le nombre de médecins. Quand tu fais juste jongler, t'enlève dans la poche gauche et tu mets dans la poche droite, pour le patient, c'est la même chose. Je m'attends à ce que la confusion soit réglée un jour, mais je pense qu'il n'y aura jamais la capacité adéquate en santé mentale. Donc, je vois ça comme un changement cosmétique. [...] Augmente le nombre de psychiatres, tu vas soulager le système.

Mais, c'est du papier. C'est du papier, tu sais. Je veux dire on manque de travailleurs sociaux, on manque d'infirmières, on manque de psychologues, ... on manque d'argent ... on manque de tout. Bon.

On n'embauche pas de nouvelles ressources avec ça, on fait juste réorganiser [...] faut pas penser non plus que ça va régler tous les problèmes.

Deux participants s'attendent même à ce que le transfert de ressources de la 2<sup>e</sup> ligne vers la 1<sup>e</sup> ligne soit problématique puisque la 2<sup>e</sup> ligne manque souvent aussi de ressources et il est à prévoir que la 2<sup>e</sup> ligne s'oppose à se départir de ses ressources humaines autant que de ses ressources matérielles. Une désillusion d'intensité variable face à la planification dans le système de la santé transparaît dans plusieurs entretiens.

Mais dans la pratique, je doute que ça se fasse rapidement, puis je ne suis pas sûr que je vais le voir avant de prendre ma retraite.

Les organigrammes, je pense que c'est pour ceux qui vont planifier des choses. Mais entre la pensée magique et l'organigramme puis ce qui va rester au bout, la déception est toujours là. J'ai l'impression que... la 1<sup>re</sup> ligne, le patient qui nous fait face et nous qui faisons face au patient, c'est à ce niveau là qu'il va encore manquer des choses.

Si ça fait en sorte qu'il y a plus de psychiatres, bien tant mieux. Si ça fait en sorte qu'il y a plus de psychothérapie disponible, tant mieux. Mais je ne..., je n'espère rien de la transformation. [...] Donc j'ai été touché par tellement de transformations, ou planifiées ou c'était arrivé comme ça de façon inattendue, que je ne fais plus attention. Je ne suis pas déprimé, je ne suis pas découragé, je ne fais ni plus ni moins confiance au système. Tout simplement, j'ai décidé que je ne peux pas suivre la marche. C'est impossible. On dit n'importe quoi, c'est le contraire un mois après. Les choses sur lesquelles j'avais compté, j'avais même fait des choix de carrière en fonction de plans.. concrets, annoncés, affichés : ça va être comme ça! et ce n'était pas comme ça. Et, finalement, je décide de continuer dans mon chemin comme médecin et je ne fais pas attention à ça. Le jour où on me dit exactement comment ça va marcher, je vais noter les changements.

Finalement, quelques uns croient que peu importe la restructuration, et même s'il y avait des ajouts de ressources, répondre à la demande en santé mentale relève de l'impossible.

Le problème pour moi, ce n'est pas juste la structure. C'est le nombre d'effectifs surtout. Je pense que c'est le nombre d'effectifs... et la nature de la santé mentale. [...] Il y a des gens souffrants dans la société. On le sait. Il y en a beaucoup. Ils sont déprimés, ils sont anxieux, ils ont des troubles de personnalité. Il y en a beaucoup, beaucoup, beaucoup. On ne pourra jamais tous les suivre.

[...] en santé mentale, comme les besoins sont infinis, il y aura toujours un écart important entre les besoins et les services offerts. Il faut décider de quelle façon les ressources peuvent être utilisées de la meilleure façon.

#### **4.4. Synthèse des résultats**

Les perceptions des participants indiquent une grande ouverture de la part de ces participants envers l'actuelle transformation de la 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale au Québec, particulièrement en ce qui a trait aux soins basés sur la collaboration, à l'équipe de santé mentale de 1<sup>re</sup> ligne en CSSS et au psychiatre répondant tel que prévu dans le PASM. Mais, ils doutent de la faisabilité d'une telle transformation. Ils prodiguent tous déjà des soins en santé mentale et ce malgré le manque de soutien pour cette pratique particulière sur plusieurs plans (organisationnel, temporel, diagnostique, collaboratif, relationnel, émotionnel, culturel, et autres). Bien qu'ils considèrent la santé mentale comme une partie intégrante de la pratique médicale en 1<sup>re</sup> ligne, plusieurs sont débordés, parfois même dépassés, ne suffisant pas à la tâche. Ils notent une situation similaire auprès des autres intervenants en santé mentale dans le système publique, que ce soit au niveau de la 1<sup>re</sup> ligne ou de la 2<sup>e</sup> ligne, incluant les psychiatres, les psychologues, les travailleurs sociaux, les infirmières. Dans ces circonstances, malgré qu'une collaboration accrue ainsi que l'équipe de santé mentale de 1<sup>re</sup> ligne en CSSS et le psychiatre répondant sont souhaitables, l'implantation et le bon fonctionnement de ces modalités leur paraissent pratiquement irréalistes devant l'ampleur des besoins par rapport à la disponibilité des ressources. De plus, la possibilité que soit généré par là un accroissement de la charge de travail soulève des inquiétudes chez les participants déjà surchargés.

En ce qui concerne la collaboration, les participants l'envisagent principalement centrée autour de leurs patients et circonscrite par leurs limites, autant sur le plan de leur expertise professionnelle que de leur capacité personnelle. Une définition des rôles ainsi qu'une amélioration de la communication doivent accompagner la collaboration. Ceci étant dit, les participants reconnaissent et apprécient la contribution des différents intervenants (autant professionnels que communautaires) œuvrant dans les soins et services en santé mentale, mais souvent ils ne connaissent pas bien tous les services de santé mentale disponibles et/ou n'y ont pas accès pour leurs patients. Ils accordent de plus une importance particulière à la relation avec les psychiatres. Plus spécifiquement, les participants désirent un rapprochement avec les psychiatres, mais le PASM donne parfois l'impression d'une distanciation à venir entre les psychiatres et les MD1. De plus, la « territorialisation » des soins de 1<sup>re</sup> ligne, si trop rigide, risque d'amplifier les contraintes existantes de la sectorisation de la psychiatrie.

Nonobstant l'accent mis sur la 1<sup>re</sup> ligne dans le PASM, la plupart des participants étaient peu ou pas au courant de cette transformation plus d'un an après son lancement officiel. Pourtant, le MD1 est non seulement un acteur central en 1<sup>re</sup> ligne, mais aussi un acteur central en ce qui concerne la provision des soins en santé mentale. Le stade encore très précoce de l'implantation du PASM au moment des entretiens avec les participants explique en partie leur manque d'information. En rétrospective, à l'automne 2006, dans les régions à l'étude, ni les équipes de santé mentale de 1<sup>re</sup> ligne en CSSS prévues pour l'année 2005-2006, ni les psychiatres répondants n'étaient officiellement en fonction. D'un autre côté, de nombreuses réformes sont en cours en 1<sup>re</sup> ligne et en santé mentale. À présent, le PASM s'insère dans ces réformes qui souvent misent déjà sur la 1<sup>re</sup> ligne et la hiérarchisation des soins. Les participants relèvent d'ailleurs cette tendance. Ils la vivent depuis quelque temps dans leur pratique médicale de 1<sup>re</sup> ligne qui s'alourdit en conséquence. Aussi, cette pratique subit l'influence de diverses mesures incitatives et punitives sur les plans organisationnel et financier. De plus, l'influence plus large des changements sociétaux y trouve écho.

Les expériences actuelles et passées des participants, en termes de pratique médicale de 1<sup>re</sup> ligne et en santé mentale, émergent d'ailleurs naturellement des entretiens. Cela suggère que les perceptions des participants se forment non seulement à partir des informations obtenues, mais aussi à partir de leurs expériences. La mise en relation des différentes perceptions pour en arriver à la perception générale dégagée dans cette recherche permet une certaine compréhension de son origine et du processus de sa formation, de ce qui se trouve en amont. Les réactions émotives suscitées par cette perception, fluctuant sur un continuum entre l'enthousiasme et le désabusement, permettent d'entrevoir ce qui se trouve de l'autre côté de la perception, en aval. Le processus de formation de la perception générale ainsi que la réaction émotive qui en découle sont proposés ici comme un des mécanismes pour expliquer comment une politique (un plan ou un programme) passe par les intervenants pour prendre vie.

## **CHAPITRE 5 : DISCUSSION**

Ce chapitre débute avec une discussion concernant les forces et les limites de la présente recherche. Ensuite, une triangulation des résultats descriptifs (le contenu des catégories) et d'une mise à l'épreuve des résultats explicatifs (le schéma conceptuel) sont présentées. Puis, certains aspects des résultats de cette recherche sont discutés à la lumière d'une revue de la littérature sélective. Une discussion exhaustive des résultats, tout comme une recension exhaustive de la littérature en lien avec ces résultats, s'avère impossible dans le cadre de ce mémoire considérant la multitude d'aspects possibles à développer. Par exemple, les politiques en santé, la santé mentale, les soins et services de 1<sup>re</sup> ligne, la collaboration et l'intégration, les acteurs, la théorie sociale et de nombreux autres aspects pourraient chacun faire l'objet de plusieurs autres travaux. En revanche, l'intérêt de cette recherche est justement de faire émerger ces nombreux aspects à partir de l'étude d'une situation concrète sous un angle spécifique et en ce sens contribuer à une meilleure compréhension de cette situation ainsi que de son éventuelle évolution.

### **5.1. Forces et limites de la recherche**

Tel que démontré par les résultats obtenus, l'approche retenue pour effectuer cette recherche a permis de dépasser la description pour tendre vers l'explication afin de dégager une meilleure compréhension du phénomène à l'étude, en l'occurrence la transformation de la 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale. Cette compréhension demeure cependant incomplète, et bien sûr, comme toute connaissance, faillible (Sayer, 2000). En effet, le phénomène est abordé sous l'angle des perceptions d'un échantillon de onze MD1 et gagnerait à être enrichi par les perceptions des personnes avec un problème de santé mentale, de leurs proches, d'autres intervenants (incluant d'autres médecins), de gestionnaires, d'administrateurs, de décideurs, de chercheurs, d'autres citoyens. Aussi, le phénomène est abordé à un moment précis de son évolution, soit à un stade très précoce de son implantation, et une évaluation de son évolution serait pertinente. De plus, l'étude se situe dans le contexte (services de santé et géographie) défini par la grande région de Montréal. Les limites méthodologiques en lien avec cette recherche sont discutées dans le chapitre correspondant en regard de

la validité interne, la validité externe, la fiabilité et l'objectivité. Dans ce qui suit, un petit retour sur l'échantillon et la saturation est fait.

Le taux de participation de 38% se compare à celui de 32% d'une autre étude par entretiens semi-dirigés auprès de MDI sélectionnés à partir d'une liste (Sigel et Leiper, 2004), un taux de participation relativement faible qui n'est pas inhabituel dans les recherches auprès de médecins (Buchan et Boldy, 2004; Sigel et Leiper, 2004). Par contre, dans les études où les MDI invités à participer sont présélectionnés comme de potentiels informateurs-clés<sup>1</sup>, le taux de participation est beaucoup plus élevé (Buchan et Boldy, 2004; Gollop et coll., 2004; Lucena et Lesage, 2002). La présente étude ne vise cependant pas spécifiquement les informateurs-clés, sans toutefois les exclure dans la mesure où les critères d'éligibilité sont satisfaits. Tel que discuté dans la section sur la méthodologie, la diversité des participants dans la formation de l'échantillon était visée et si cette diversité dépasse celle imposée par les critères d'hétérogénéité, c'est encore mieux pour rendre compte des différentes perceptions de MDI au sujet de la transformation.

Selon l'échantillon obtenu et selon le portrait des participants, une assez grande diversité a été atteinte. Il a été plus difficile de recruter des MDI en cabinet privé, des MDI hommes et des MDI qui avaient obtenu leur permis de pratique avant ou après la décennie 1980. Donc, le groupe des participants diffère du groupe des non participants sur ces critères d'hétérogénéité. Néanmoins, l'échantillon contient des participants avec chacun de ces critères et des données ombragées ont été recueillies, entre autres, sur les particularités des MDI provenant de différentes unités organisationnelles. De plus, la majorité des GMF et des CR sont issus de cabinets privés. Une autosélection des MDI quant à leur intérêt pour la santé mentale aurait pu survenir, mais heureusement, ceci n'a pas été le cas puisque cet intérêt est variable parmi les participants. Cependant, aux dires de certains participants, il existe des MDI qui ne s'impliquent pas dans les soins en santé mentale, mais aucun

---

<sup>1</sup> Personnes qui ont une connaissance privilégiée du sujet à l'étude, qui sont bien informées et qui sont considérées comme actives par rapport au contexte de l'étude (Gollop et coll., 2004).

de ces derniers n'a été recruté et il faut donc s'en tenir aux données ombragées pour eux. D'un autre côté, la participation d'un MDI avec une expérience de travail dans une équipe de santé mentale constitue un atout. De plus, l'échantillon comporte des participants travaillant ou ayant déjà travaillé en milieu hospitalier en plus de leurs activités actuelles en 1<sup>re</sup> ligne, ce qui correspond au fait qu'environ 35% du travail effectué par les MDI au Québec se fait en 2<sup>e</sup> ligne (en centre hospitalier, incluant l'urgence) (Savard et Rodrigue, 2007). Aussi, quelques participants avaient une expérience de travail dans plus d'un type d'unité organisationnelle de 1<sup>re</sup> ligne comme il a été observé dans une étude récente sur les facteurs organisationnels et la satisfaction au travail des MDI (Geneau et Coll., 2007).

Les participants ont exprimé une vaste gamme de perceptions. Cependant, d'un entretien à l'autre, de moins en moins de nouvelles perceptions s'ajoutaient, indiquant ainsi une progression vers la saturation empirique. Toutefois, cette saturation n'a pas été atteinte puisque même au cours du dernier entretien semi-dirigé, des nouveaux éléments d'intérêt sont ressortis. Il en reste donc probablement d'autres qui n'ont pas été recueillis. La description de la transformation, tel que perçue par les MDI, n'est donc pas exhaustive (catégories). Quant à la saturation théorique, l'explication (schéma conceptuel) aurait probablement pu être raffinée par des données additionnelles. Néanmoins, suffisamment de matériel a été recueilli pour permettre une description et une explication intéressantes qui pourront être utilisées comme point de départ pour aller plus loin.

## **5.2. Des commentaires et une lettre**

Des opinions ont déjà été émises, de façon plus ou moins formelle, par différents individus et groupes au sujet du PASM. Par exemple, dans le journal *Le Devoir*, presque qu'une dizaine d'articles ont paru à ce sujet, incluant une lettre ouverte au ministre de la santé dans l'édition du 24 mai 2006 signée par 171 intervenants œuvrant en santé mentale dans plusieurs institutions (Belley et coll., 2006). Aussi quelques commentaires préliminaires obtenus par le MSSS au sujet du PASM se

trouvent en ligne dont celui de la FMOQ (2005). Il existe sûrement d'autres articles pertinents dans la littérature grise et dans la littérature générale au sujet du PASM, mais une revue de ceux-ci dépasse le cadre de ce mémoire. Néanmoins, dans ce qui suit, les écrits relevés ci-haut seront brièvement abordés pour donner un exemple de deux autres perspectives au sujet du PASM en plus de permettre une triangulation avec les résultats descriptifs obtenus dans les catégories conceptuelles et de tester les résultats explicatifs proposés dans le schéma conceptuel.

### **5.2.1. Triangulation des résultats descriptifs**

D'abord, la FMOQ (2005) accueille positivement l'adoption de la santé mentale comme une priorité nationale, l'inclusion des problèmes de santé mentale modérés, la planification de services pour répondre aux besoins, le renforcement de la 1<sup>re</sup> ligne, l'établissement de partenariats, l'instauration rapide des services de crise, la création des équipes de santé mentale de 1<sup>re</sup> ligne. Cependant, elle souligne l'importance de reconnaître le rôle du MD1 dont la mission première est la dispensation de soins généraux, incluant les soins en santé mentale. Elle met en garde contre un « délestage accru vers la 1<sup>re</sup> ligne » en l'absence de ressources additionnelles pour la 1<sup>re</sup> ligne et souligne que la possibilité pour le MD1 de consulter directement le psychiatre doit être préservée. Aussi, un rappel des problèmes actuels est fait et inclut le manque de ressources, les difficultés d'intégration des interventions, les problèmes reliés à la sectorisation, l'accès déficient à la consultation en psychiatrie, les informations qui ne circulent pas, une situation critique dans les services pour les jeunes. Finalement, en plus de la participation de tous les acteurs (utilisateurs, intervenants incluant l'ensemble des MD1, etc.), la FMOQ préconise l'ajout de ressources pour le bon fonctionnement du PASM. Dans la présente recherche, les participants reprennent la plupart de ces commentaires à leur compte. Cet exercice de triangulation a pour effet une validation réciproque, les commentaires de la FMOQ corroborent les données obtenues dans cette recherche et vice versa.

### 5.2.2. Résultats explicatifs à l'épreuve

Quant aux 171 intervenants (incluant des infirmières, psychiatres, travailleurs sociaux, psychologues, ergothérapeutes) œuvrant en santé mentale dans plusieurs institutions, ils dénoncent le PASM comme une « réorganisation dévastatrice » dans une lettre adressée au ministre de la santé et publiée dans le journal *Le Devoir* (Belley et coll., 2006). C'est que le PASM correspond en grande partie à ce vers quoi ces intervenants travaillent déjà depuis de nombreuses années, mais n'y arrivent pas, faute d'effectifs.

Ce travail, nous le faisons déjà et depuis longtemps. [...] Depuis plus de 30 ans, nous avons fait évoluer nos pratiques et intégré des connaissances nouvelles; nous nous sommes adaptés à plusieurs réformes. Aujourd'hui, nous sommes déçus, inquiets, souvent épuisés, démobilisés et, surtout, fâchés. (*Le Devoir*, édition du 24 mai 2006)

Ces intervenants se sont impliqués dans le mouvement de « psychiatrie communautaire » suite à la grande désinstitutionnalisation des années 1960s. Puis, ils ont coopéré avec les CLSC à partir de leur formation dans les années 1970s, bien que ceci ait diminué depuis à cause du manque d'effectifs et un alourdissement de la tâche bilatéral. Mais, un travail en partenariat se poursuit actuellement avec plusieurs secteurs malgré que tous soient de plus en plus débordés. Dans un tel contexte, ils considèrent le PASM irréaliste puisqu'une réorganisation ne comblera pas le manque d'effectifs généralisé et l'inclusion des troubles modérés de santé mentale augmentera encore la tâche. De plus, une telle réorganisation risque de détruire les équipes interdisciplinaires existantes.

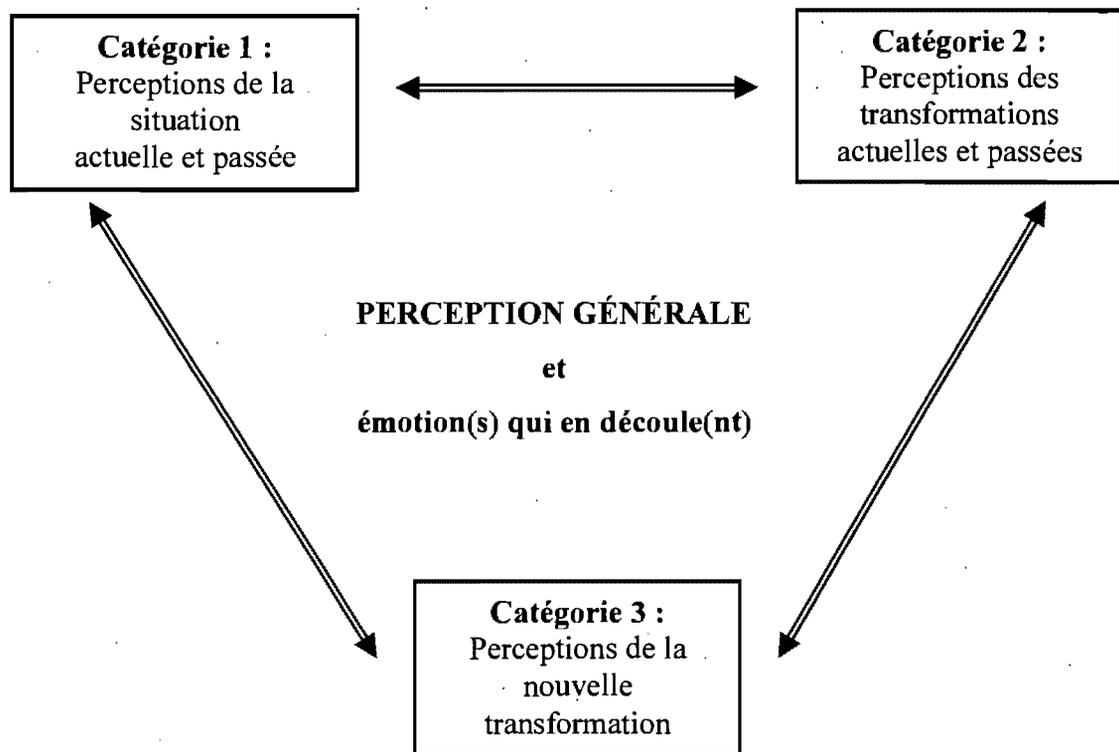
Tout comme les participants à la présente recherche, les 171 intervenants perçoivent leur pratique comme exigeante (catégorie 1 du schéma conceptuel), perçoivent de nombreuses transformations au fil du temps (catégorie 2 du schéma conceptuel) et perçoivent des éléments positifs dans le PASM (catégorie 3 du schéma conceptuel). Bien que le contenu de ces catégories pour les 171 intervenants diffère avec celui des participants à la présente recherche, il y a aussi des similitudes. Par exemple, tous vivent des transformations et le manque de ressources sur le terrain. Cependant, la

pratique des 171 intervenants est en 2<sup>e</sup> ligne tandis que celle des participants est en 1<sup>re</sup> ligne. Mais, peu importe le contenu de ces catégories, qui sera inévitablement variable d'un groupe d'acteurs à l'autre, une perception plus globale se forme à partir d'une mise en relation de ces catégories et de leurs éléments. Cette perception plus globale génère par la suite une réaction émotionnelle. Pour les participants à la présente recherche, la perception générale demeure pour le moment favorable, mais avec présence de doutes, et l'émotion suscitée fluctue entre l'enthousiasme et le désabusement. Dans le cas des 171 intervenants, la perception générale est franchement négative et suscite des émotions tout aussi négatives. La différence entre la perception générale (et l'émotion qui l'accompagne) atteinte par les participants de la présente recherche et celle des 171 intervenants s'explique par le contenu quelque peu différent des catégories du schéma conceptuel pour ces deux groupes d'acteurs.

Le schéma conceptuel élaboré semble donc fonctionner au delà de la situation de la présente recherche. À cet effet, une appellation plus générique des catégories est proposée pour rendre le schéma conceptuel plus générique aussi, tel que représenté à la Figure 3 (page 104). Il serait intéressant de tester ce schéma conceptuel dans différentes situations. C'est un schéma conceptuel qui permet de comprendre la formation de la perception générale des acteurs (et de l'émotion qui en découle) devant une transformation. Conséquemment, cette perception (et son émotion) peut être en quelque sorte anticipée à partir d'une bonne connaissance des trois catégories qui la sous-tendent. Une modification de cette perception peut même être envisagée à partir d'actions au niveau des trois catégories sous-jacentes. Par exemple, la reconnaissance de la pénurie de ressources dans la pratique actuelle ainsi que des réductions de ressources effectuées dans les transformations passées pourraient inciter à une augmentation de ressources dans la nouvelle transformation. Il est fort probable que la perception générale des participants et celle des 171 intervenants seraient alors beaucoup plus positives. Bien qu'intuitivement une perception plus positive est associée à un effet plus positif, que ce soit en terme d'implantation ou de fonctionnement, le schéma conceptuel issu de la présente recherche ne permet pas de

statuer sur ça. Des études additionnelles en ce sens seraient pertinentes. D'autres études portant sur les conséquences de ces perceptions directement sur les acteurs, comme sur leur satisfaction au travail ou leur niveau de stress, seraient tout aussi pertinentes.

**Figure 3 :**  
**Perceptions d'acteurs – schéma conceptuel**



Dans la présente recherche, c'est l'approche par théorisation ancrée qui a permis de proposer ce schéma conceptuel, c'est à dire de dépasser l'analyse qualitative descriptive pour s'engager dans l'analyse qualitative explicative. La recherche d'explication, c'est à dire du « mécanisme », est aussi encouragée dans le cadre paradigmatique du réalisme critique qui a été adopté pour cette recherche. Cependant, la composante descriptive de la recherche qualitative demeure

importante. Dans un premier temps, elle permet de passer à l'explication tout en restant ancré dans la réalité étudiée. Ensuite, elle décrit, de façon plus ou moins détaillé, les catégories qui sont à la base du schéma conceptuel, ce qui est nécessaire pour utiliser le modèle. Par exemple, dans le cas des 171 intervenants, l'obtention leurs perceptions de leur pratique (catégorie 1), des transformations actuelles et antérieures (catégorie 2) et de la nouvelle transformation (catégorie 3) à un stade précoce du processus de planification pourrait permettre de faire des ajustements de parts et d'autres afin de favoriser l'émergence d'une perception générale plus positive de la transformation, laquelle faciliterait possiblement l'implantation du PASM et peut-être même en améliorerait le fonctionnement éventuel. Les 171 intervenants semblent d'ailleurs ouverts à une telle démarche.

Si nous, les cliniciens de terrain, avons été davantage interrogés, observés, entendus, nous sommes certains qu'il ne serait pas nécessaire de jeter le bébé avec l'eau du bain. [...] Nous ne sommes pas réfractaires au changement ni même à des réorganisations. Cependant, avant que le plan d'action ne soit appliqué, nous souhaitons vivement qu'un véritable débat clinique ait lieu sur la « force des liens ». Car si c'est ce qui est véritablement visé par ce plan, alors il serait souhaitable de partir des liens existants. (*Le Devoir*, édition du 24 mai 2006)

### **5.3. Les résultats et la littérature scientifique**

Des comparaisons sont faites entre les résultats de la présente recherche et divers écrits tirés de la littérature scientifique portant sur des sujets reliés tels les perceptions, les transformations, la collaboration, les MD1, la santé mentale. Les comparaisons se situent à cinq niveaux dont celui des résultats descriptifs dans leur ensemble à la première section, celui des résultats explicatifs à la deuxième section et ceux de chacune des trois catégories dans les autres sections. Une attention particulière est portée aux aspects méthodologiques et aux implications pratiques.

### 5.3.1. Des recommandations basées sur les perceptions des acteurs

Devant un constat d'échec de l'intégration des services de santé mentale aux services de santé de 1<sup>re</sup> ligne en Australie, une étude qualitative a été entreprise afin d'explorer les points de vue des MD1, des psychiatres et des administrateurs à ce sujet (Buchan et Boldy, 2004). Le point de vue des médecins ainsi que l'encadrement administratif étaient considérés comme exerçant une forte influence sur l'implantation d'innovation dans le système de santé. Des entretiens individuels ou de petits groupes ont donc été réalisés en 2000 avec 50 acteurs (24 MD1, 15 psychiatres et 11 administrateurs) œuvrant dans le secteur du centre-ville de Perth, un endroit de forte prévalence de psychopathologie et de faible intégration des services en santé mentale.

Les résultats montrent que les MD1 ont déploré le manque d'accès à la consultation en santé mentale, précisant qu'ils ne réfèrent les patients que lorsqu'ils avaient atteint leurs limites et que le cas était urgent. Les MD1 ont aussi fait de nombreux commentaires sur leur rôle en santé mentale, un rôle qui selon eux s'inscrit à l'intérieur de leur pratique de 1<sup>re</sup> ligne sans extension dans les équipes multidisciplinaires. Pour faciliter leur travail en santé mentale, les MD1 ont identifié une formation et une communication accrues. Une meilleure connaissance des services en santé mentale faisait partie de la formation additionnelle suggérée et la possibilité de discussion téléphonique avec le psychiatre faisait partie de la communication désirée.

Quant aux administrateurs et aux psychiatres, ils voyaient un rôle en santé mentale plus large pour le MD1. Les administrateurs favorisaient des intervenants liaisons assignés aux unités organisationnelle de 1<sup>re</sup> ligne et une meilleure formation des MD1 pour le travail d'équipe, mais plusieurs ne connaissaient pas vraiment la pratique des MD1. Les psychiatres favorisaient les soins partagés, la formation des MD1 et plusieurs se disaient ouverts à des modes de consultations alternatifs comme la consultation téléphonique avec le MD1. Cependant, ils déploraient le manque

d'information reçue de la part des MD1 au sujet des patients référés, une attitude de supériorité envers les MD1 de la part de certains collègues psychiatres, le manque de temps des MD1, les tracasseries bureaucratiques des MD1, la tendance des MD1 à travailler à partir des problèmes plutôt qu'à partir des diagnostics. Certains considéraient le roulement du personnel en santé mentale comme un obstacle à l'intégration des MD1, d'autres ont proposé des mesures incitatives financières pour le travail en santé mentale des MD1.

À partir de ces résultats, les auteurs ont formulé quatre recommandations pour faciliter l'intégration de la pratique médicale en 1<sup>re</sup> ligne et la santé mentale soit : préciser la définition de la santé mentale en 1<sup>re</sup> ligne, faciliter l'accès aux services de santé mentale par les MD1, améliorer la communication et développer la formation. Depuis, ces recommandations ont été intégrées à plusieurs nouvelles initiatives d'intégration de services.

L'étude décrite illustre l'utilité de la prise en compte des perceptions des acteurs pour formuler des recommandations, d'autant plus que ces perceptions ont été recueillies auprès de trois types d'acteurs impliqués. Ceci peut cependant être réalisé en deux études séparés comme l'ont fait Berendsen et coll. (2006, 2007) au sujet de la consultation MD1-spécialiste où, dans un premier temps, ils ont étudié les perceptions des spécialistes (2006) et, dans un deuxième temps, celles des MD1 (2007). D'autre part, il est intéressant de noter la ressemblance des propos des MD1 dans l'étude de Buchan et Boldy (2004) avec ceux des participants de la présente recherche. Cependant, leur analyse ne dépasse pas la description, ce qui en limite quelque peu la portée.

### **5.3.2. Le scepticisme**

Une autre étude qualitative (Gollop et coll. 2004) s'est penchée, sous l'angle des perspectives de médecins et de gestionnaires, sur la manière d'influencer le personnel sceptique à s'engager dans les améliorations de services. Par la même

occasion, les sources du scepticisme et de résistance au changement ont été explorées, c'est à dire pourquoi certains acteurs sont sceptiques et résistants aux programmes d'améliorations de services. Dans cette deuxième optique, cette étude procède à l'inverse de la présente recherche ou du moins à l'inverse du schéma conceptuel élaboré dans la présente recherche. Autrement dit, c'est comme si le point de départ aurait été la manifestation d'enthousiasme avec doutes par les acteurs devant la transformation de la 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale et que les sources de cette situation auraient été explorées. De plus, la présence de doute et de désabusement parmi les participants à la présente recherche peut être considérée comme une forme de scepticisme. Il devient donc très intéressant de voir si les sources du scepticisme découvertes dans l'étude de Gollop et coll. (2004) s'apparentent à la description des trois catégories qui sont à la base de l'enthousiasme avec doutes dans le schéma conceptuel proposé dans la présente recherche. À noter que les résultats de l'étude de Gollop et coll. (2004) dépassent la description et tendent vers l'explication comme dans la présente recherche. D'ailleurs, ils ont utilisé une méthode d'analyse partiellement inspirée de la théorie ancrée.

Avant de passer à la recherche comme telle, Gollop et coll. (2004) rapportent des informations pertinentes issues de la littérature, informations qui sont reprises dans ce paragraphe. D'abord, le « changement » est une caractéristique « constante » des systèmes de santé tandis que la résistance et le scepticisme sont considérés comme des barrières/obstacles au changement dans les systèmes de santé. Conséquemment, il devient important de comprendre comment encourager les personnes à changer et quelles sont les étapes du processus de changement chez ces personnes. Par exemple, il a été suggéré que, malgré l'ouverture à l'innovation et l'expérimentation présente auprès des professionnels de la santé, leurs expériences avec les changements passés dans le système de santé leur donne peu d'espoir d'amélioration de la qualité de leur travail. Dans ce sens, le scepticisme et la résistance peuvent aussi être interprétées comme une manifestation d'intérêt et d'incertitude. Cela évite la confrontation et encourage une meilleure compréhension des modifications

planifiées. En effet, selon la théorie organisationnelle du changement, la résistance pourrait être utile pour le changement. Quelques recherches auraient démontré une contribution positive du scepticisme et de la résistance résultant en l'amélioration des changements proposés. D'ailleurs, dans la nouvelle réforme du NHS<sup>2</sup> en Angleterre, la modernisation de l'organisation des services vise à ce que le système soit plus fonctionnel pour les patients, mais aussi pour le personnel.

Pour leur recherche, Gollop et coll. (2004) définissent le scepticisme et la résistance comme un continuum d'attitudes et de comportements qui s'étend de la présence d'un doute silencieux et d'une adhérence peu énergique aux changements jusqu'à l'expression verbale de cynisme et d'une opposition passive ou active aux changements. En 2002, ils ont procédé à des entretiens avec 20 médecins (dont cinq ex-sceptiques) et 19 gestionnaires, répartis à la grandeur de l'Angleterre, travaillant tous à l'introduction de l'un ou de l'autre de deux programmes nationaux d'amélioration du système de santé et tous recrutés en tant qu'informateurs clés. Mis à part l'un d'eux, tous ont rapporté avoir été confrontés à la présence de scepticisme et de résistance parmi le personnel<sup>3</sup>.

Gollop et coll. (2004) ont identifié le contexte comme une première source de scepticisme et de résistance. Le personnel sceptique/résistant percevait les programmes nationaux comme imposés par le gouvernement avec peu d'opportunités d'en influencer les orientations. De plus, ces changements étaient perçus comme transitoires et assujettis aux tendances politiques de l'heure. Certains n'étaient pas d'accord avec le but ou le problème ciblé parmi tous les autres buts et problèmes déjà ciblés ou à cibler. Parfois le programme était mal compris et la façon de présenter le programme a été identifiée comme une deuxième source de scepticisme et de résistance. Auprès des médecins, une présentation initiale trop théorique et sans exemples cliniques est à éviter et un médecin a exprimé préférer que la présentation

---

<sup>2</sup> National Healthcare System

<sup>3</sup> Cela a été particulièrement problématique lorsqu'il s'agissait de médecins malgré que, même dans les situations où les médecins sont demeurés opposés aux changements, la plupart des restructurations planifiées dans la dernière décennie ont été réalisées

proviennent d'un pair. La peur de perdre du pouvoir, de l'autonomie et/ou d'avoir à changer de rôle a été identifiée comme une troisième source de scepticisme et de résistance, et ce parmi tout le personnel, pas seulement parmi les médecins. Le changement était aussi perçu par certains comme une indication que la façon de faire qu'ils ont développé avec le temps était inefficace.

Les tentatives pour renverser le scepticisme et la résistance ont été décrites par Gollop et coll. (2004) comme fastidieuses et prolongées malgré que parfois un facteur déclencheur comme la présentation du programme sous un angle particulièrement pertinent ou concret pouvait s'avérer suffisant. Un autre moyen était de comprendre puis d'adresser l'origine du scepticisme et de la résistance qui peut être le besoin de preuves tangibles à l'égard d'un réel changement à venir, la présence d'anxiété face au changement à venir, de l'incompréhension. Un apport financier peut aussi en convertir quelques uns. Seulement une minorité de ces informateurs clés ont considéré le scepticisme et la résistance comme une réaction raisonnable au changement comportant des aspects positifs.

Il y a effectivement une concordance dans la description par Gollop et coll. (2004) des trois sources du scepticisme/résistance (et des manières de le renverser) et la description des trois catégories à la base de l'enthousiasme avec doutes dans le plutôt que proposé élaboré dans la présente recherche. Mais, le regroupement de ces éléments descriptifs a été fait quelque peu différemment. Néanmoins, la concordance élémentaire est notable. Il est question de perceptions des transformations actuelles et passées, de la façon de présenter les transformations, de l'importance des aspects concrets, de la rémunération. Cependant, dans la présente recherche, la peur de perdre du pouvoir et de l'autonomie n'a pas été décelée auprès des participants, mis à part une inquiétude de perdre l'accès direct au psychiatre. La crainte quant au changement de rôle chez les participants concerne la possibilité d'un alourdissement indu de leur tâche s'il fallait que leur clientèle en santé mentale augmente (en nombre et/ou en sévérité) et/ou que le soutien soit encore déficient. Il a aussi été question avec les participants des différents rôles dont celui du MD1 en

général ainsi que ceux des MD1 qui travailleront au sein de l'équipe de santé mentale de 1<sup>re</sup> ligne en CSSS, des psychiatres, des psychologues, des travailleurs sociaux, des infirmières, des équipes. Le rôle des divers intervenants est donc un élément important dans la présente transformation, en plus d'être étroitement lié à la collaboration.

Mais avant de passer à la collaboration, l'aspect potentiellement positif du scepticisme face au changement (selon la revue de la littérature effectuée dans l'étude de Gollop et coll., 2004) mérite d'être souligné. L'étude de Gollop et coll. (2004) démontre que cela ne semble pas être reconnu à sa juste valeur, ni mis à contribution, dans le système de santé où le scepticisme est principalement considéré comme un obstacle à surmonter. Dans la présente recherche, la description des catégories à la base de l'explication proposée par le schéma conceptuel permet d'identifier certains des éléments qui sous-tendent le doute des participants face à la transformation de la 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale. Ces éléments, plutôt que le doute chez les participants, devraient être considérés comme les obstacles à surmonter. En revanche, les éléments qui génèrent de l'enthousiasme méritent d'être développés, comme un meilleur soutien aux MD1.

### **5.3.3. La collaboration**

#### *La collaboration avec les psychiatres*

Pour les MD1, incluant les participants à la présente recherche, la collaboration avec les psychiatres revêt une grande importance. Une étude réalisée auprès de MD1 il y a de ça une dizaine d'années en Ontario (Craven, 1997), rapporte que le manque de soutien de la part des psychiatres a été identifié comme un obstacle à la provision de soins optimaux en santé mentale dans cinq des sept groupes de discussion (*focus group*) à l'étude. Plusieurs MD1 ont aussi ressenti un manque de confiance de la part des psychiatres. Les deux groupes de MD1 qui accordaient peu d'importance à

ce soutien travaillaient dans deux régions sans ressources psychiatriques, soit une région nordique et une région rurale.

Une autre étude qualitative portant sur les perceptions entourant la collaboration entre MD1 et psychiatres a été réalisée en 1998-1999 par entretiens semi-dirigés avec cinq MD1 et cinq psychiatres de l'est de Montréal, suivi d'une séance de discussion de groupe (Lucena et Lesage, 2002). Deux des MD1 travaillaient en cabinet privé, deux en CLSC et un à l'urgence tandis que les psychiatres travaillaient tous à l'urgence et à la clinique externe d'un hôpital psychiatrique. Ils ont été choisis en tant qu'informateurs clés sur la base de leur potentiel de contribution à l'étude, leur implication présumée dans les soins en collaboration, leur motivation, leur facilité d'expression et leur accessibilité.

Les résultats obtenus sont regroupés en trois stratégies perçues comme facilitant la collaboration MD1-psychiatre : la communication, la formation médicale continue des MD1 et l'accès à la consultation en psychiatrie. Ces stratégies ont aussi été rapportés par les participants à la présente recherche. Toutefois, il est remarquable qu'à l'instar de certains participants dans la présente recherche, les MD1 de l'étude de Lucena et Lesage (2002) ont aussi proposé des consultations psychiatriques à intervalle régulier dans leur unité organisationnelle avec une composante de discussion de cas avec le psychiatre. Bien qu'ouvert à l'idée de collaborer avec les MD1, les psychiatres se sont montrés réticents à s'engager dans un tel type de service par manque de temps et à cause de l'absence de rémunération appropriée pour ce genre d'activité.

Dans la discussion, Lucena et Lesage (2002) constatent que les visites de psychiatres en 1<sup>re</sup> ligne sont compliquées à instaurer et suggèrent que, dans un premier temps, les efforts portent plutôt sur l'amélioration de la communication écrite entre les psychiatres et les MD1. En effet, dans leur étude, le rapport écrit de consultation a été identifié d'un commun accord comme la modalité la plus facile de communication. Les MD1 étaient surtout intéressés par le diagnostic accompagné

d'un plan thérapeutique détaillé et de plus cela représentait pour eux la principale source régulière de formation médicale continue en santé mentale. De brefs contacts téléphoniques complètent la communication tandis que de multiples modalités de formation additionnelles axées sur les besoins des MD1 étaient envisagées.

En Ontario, une initiative démontre que l'offre d'un soutien téléphonique de la part d'un psychiatre à 18 MD1 répartis en 5 unités organisationnelles s'est avérée efficace en termes de temps requis et de recours aux services de santé mentale (Kates et coll., 1997). Bien que l'investissement en temps pour le contact téléphonique ait été faible, cela a permis d'éviter plusieurs références à l'urgence et quelques consultations psychiatriques. Cependant, pour la plupart des cas discutés au téléphone, un rendez-vous de suivi du patient avec le psychiatre a eu lieu. Ce résultat semble à prime abord en faveur d'un « psychiatre répondant » tel que prévu dans le PASM. Mais il faut préciser que dans cette initiative, en plus de ce soutien téléphonique, une visite d'une demi-journée aux deux semaines sur place par le psychiatre avait lieu, ce qui a probablement contribué au succès de cette initiative.

La visite à intervalles réguliers de psychiatres dans les unités organisationnelles des MD1 a déjà été un arrangement répandu en Angleterre dans les années 1980s. Presque un psychiatre sur cinq avait établi cette forme de lien avec des MD1 de sa région de desserte (Strathdee, 1988), le plus souvent à partir d'un hôpital psychiatrique ou en zone rurale. Ces psychiatres (ou leurs résidents ou des MD1 en stage de perfectionnement) quittaient leur hôpital d'attache au moins une fois par semaine pour des sessions de travail dans les unités organisationnelles de 1<sup>re</sup> ligne des MD1 avec lesquels ils avaient un lien. Les sessions de travail comportaient de la part des psychiatres des services cliniques, de l'enseignement, du soutien et parfois de la recherche. À noter que cet arrangement a émergé de l'initiative des médecins eux-mêmes et non d'une réforme du système de santé. Une diminution de 17% des admissions en psychiatrie avait été rapportée dans le cadre de ces arrangements. Apparemment, les patients préféraient aussi consulter le psychiatre dans l'unité organisationnelle des MD1 parce moins stigmatisant. Strathdee (1988) a ensuite

obtenu le point de vue des MD1 séniors impliqués dans ce genre de pratique par l'entremise d'une enquête par questionnaire.

Le besoin d'améliorer les liens et la communication entre les médecins de 1<sup>re</sup> ligne et de 2<sup>e</sup> ligne a été la raison la plus fréquente justifiant l'instauration de ce type de pratique. La consultation, une prise en charge temporaire (et non à long terme) et l'intervention de crise par le psychiatre représentaient les formes de collaboration jugées les plus utiles par les MD1. Les simples avis du psychiatre, sans évaluation du patient par ce dernier, étaient aussi jugés utiles, mais ce n'était pas la façon privilégiée de procéder. À la longue, d'autres professionnels ont été intégrés : une infirmière en psychiatrie dans 45% des cas, un psychologue dans 24% des cas et un travailleur social dans 10% des cas. Parmi les bénéfices perçus par les MD1 figurent une meilleure relation avec les spécialistes incluant un processus de références facilité, un contact plus personnalisé, des occasions de discussion et une augmentation de leurs connaissances en santé mentale. Aussi, les MD1 avaient l'impression d'offrir de meilleurs soins à leurs patients et d'avoir moins besoin de référer à l'hôpital. Cependant, l'importance pour le psychiatre de respecter les limites de temps, d'expertise et d'intérêt pour la santé mentale en 1<sup>re</sup> ligne a été souvent soulevée par les MD1. L'irritant principal était d'ordre administratif et il y a aussi eu des désaccords personnels ou professionnels, mais ces problèmes n'ont été rapportés que par une minorité de MD1. Strathdee (1988) conclut que l'enthousiasme général des MD1 et des spécialistes pour ce type de services, qui répond à leurs besoins ainsi qu'à ceux des patients, ne peut être ignoré même si les analyses de coût-efficacité et coût-bénéfice n'ont pas été réalisés.

D'ailleurs, dans les années 1990s, le Collège des médecins de famille du Canada et l'Association des Psychiatres du Canada, ont pris une position commune pour les soins partagés en santé mentale afin de favoriser la collaboration entre les MD1 et les psychiatres (Craven et Bland, 2002). Ils ont formés des groupes de travail à cet effet. Dans une revue de la littérature préparée en soutien à ces groupes de travail, Craven et Bland (2002) notent un taux de satisfaction élevé de la part des MD1 et des

patients pour divers programmes de collaboration. Le besoin d'améliorer la collaboration entre les MD1 et les psychiatres, particulièrement en ce qui concerne la communication et la consultation, ressort aussi de cette revue de la littérature. Plusieurs écrits portent sur des programmes et modèles de collaboration, mais leur évaluation serait à développer davantage incluant en termes de résultats cliniques, de transfert de connaissances et de rentabilité.

### *La collaboration élargie.*

De même, les MD1, incluant les participants à la présente recherche, accordent beaucoup d'importance à la collaboration avec d'autres intervenants en santé mentale. En France cette fois, une enquête par questionnaire effectuée en 2000 auprès de tous les MD1 d'une région (n = 492) a démontré que plus du tiers de ces médecins (n = 188) étaient intéressés par l'implantation d'un éventuel programme de santé mentale. Ces derniers éprouaient le besoin de collaborer avec des professionnels de santé mentale (surtout avec des psychiatres mais aussi avec des psychologues) dans le suivi de 43,3% de leurs patients avec un problème de santé mentale, mais ce besoin n'était comblé que pour le tiers de ces suivis (Younes et coll., 2005). Ce besoin de collaboration était plus fréquent lorsque les patients étaient réticents à consulter un professionnel en santé mentale, une situation reconnue comme un obstacle à la collaboration. D'un autre côté, moins de la moitié des MD1 considérait comme satisfaisante leur relation avec les professionnels de la santé mentale (psychiatres et travailleurs sociaux), ce qui peut représenter un autre obstacle. La majorité des MD1 a rapporté une insatisfaction avec l'information reçue de la part des professionnels de santé mental au sujet des patients recevant des soins en collaboration.

D'autre part, une étude menée auprès des MD1 qui ont eu accès à une nouvelle équipe de santé mentale de 1<sup>re</sup> ligne composée de deux d'infirmières en psychiatrie, d'un travailleur social, d'un ergothérapeute et d'un psychologue (Warner, 1993) montrent une grande satisfaction de la part des MD1. Cette étude, qui comporte un

volet qualitatif et un volet quantitatif, a comparé un groupe de dix MD1 qui ont eu accès à l'équipe avec un autre groupe de dix MD1 qui ont continué d'utiliser les services hospitaliers traditionnels. Tous ces MD1 bénéficiaient cependant aussi de visites régulières de psychiatres consultants dans leur unité organisationnelle. La comparaison entre ces deux groupes de MD1 a eu lieu à l'entrée en fonction de l'équipe puis après deux ans.

Ces deux groupes de MD1 étaient semblables au départ, mais après deux ans, ils ont différencié sur certains points. Les MD1 du groupe ayant accès à l'équipe étaient plus satisfaits avec les autres professionnels et les services, incluant par rapport à la rapidité des consultations et des informations reçues. Ils ont noté un allègement de leur charge de travail, ils ont eu plus de contacts directs avec les autres professionnels et ils étaient plus enclins à accepter un suivi conjoint de cas psychiatriques plus lourds. Leur intérêt pour la santé mentale est cependant demeuré comparable à celui du groupe témoin. À noter qu'en ce qui concerne la détection des problèmes de santé mentale, les deux groupes ont connu une baisse que les auteurs attribuent en partie à un nouveau contrat de MD1 qui a été introduit dans l'intervalle. Cependant, les MD1 du groupe ayant accès à l'équipe ont aussi diminué leurs activités de psychothérapie auprès des patients, entre autres par manque de temps et parce qu'ils considéraient que l'équipe offrait une meilleure psychothérapie. Ceci a été interprété comme une tendance inquiétante vers la déqualification/désinvestissement des MD1 en santé mentale (Warner et coll., 1993; Craven et Bland, 2002).

Cette interprétation, du moins à la lumière de la présente recherche, peut être questionnée. En effet, un participant a clairement précisé que la psychothérapie n'est pas un rôle spécifique ni exclusif du MD1, mais que ce rôle revient souvent au MD1 par défaut à cause de la non-disponibilité d'autres intervenants surtout lorsqu'il s'agit de psychothérapie de soutien et/ou à long terme. D'autres participants ont repris ce propos de façon moins explicite et la plupart ont d'ailleurs mentionné voir recours aux psychologues et à d'autres intervenants. Il devient donc envisageable que les

MD1 dans l'étude de Warner et coll. (1993) aient diminué leurs activités de psychothérapie suite à un partage approprié de cette activité avec les intervenants de l'équipe. Aussi, le fait que les MD1 ayant accès à l'équipe aient été plus enclins à suivre des cas plus lourds en psychiatrie milite dans le sens d'un engagement accru des MD1 en présence d'un soutien accru, comme l'ont prédit plusieurs des participants à la présente recherche. Ce qui paraît plus inquiétant, c'est que l'équipe a été dissoute à la fin de l'étude par manque de fonds.

Maintenant, à l'aube du nouveau millénaire, en Angleterre, la tendance est au travail d'équipe multi-professionnel avec guichet d'accès unique (Raine et coll., 2005). Les opinions de 54 MD1 et 15 psychothérapeutes séparés en six groupes de discussion facilitée ont été recueillies par Raine et coll. (2005) au sujet des références de patients aux équipes spécialisées en santé mentale via le guichet unique. L'accent a été mis sur les consultations concernant la composante psychologique de la fatigue chronique, du syndrome du colon irritable et de la lombalgie chronique. Autant les MD1 que les psychothérapeutes pensaient que cette façon de fonctionner a été instaurée parce que les MD1 ne connaissaient pas les thérapies appropriées pour les différentes conditions. En effet, une partie des MD1 a admis avoir peu de connaissances dans ce domaine tandis que les psychothérapeutes se sont montrés en faveur du guichet unique parce que cela permettait une évaluation initiale experte du patient pour ensuite le diriger vers la thérapie de choix. Par ailleurs, la majorité des MD1 ont noté que cette façon de fonctionner entrave les relations interprofessionnelles, détériore la relation médecin-patient et nuit à l'acquisition de nouvelles connaissances par les MD1 (Raine et coll., 2005). Les psychothérapeutes ne semblaient pas au courant des réticences des MD1. Les auteurs recommandent que ces opinions soient considérées dans le développement des services cliniques et dans la formation des professionnels de la santé.

Pourtant, dans une région du même pays et dans la même période, dix MD1 qui ont pris part à un entretien individuel dans le cadre d'une autre étude qualitative considèrent les relations avec les psychologues comme une source d'apprentissage et

ce particulièrement par l'entremise de discussions informelles, leurs rapports écrits étant considérés peu informatifs et les réunions difficiles à arranger (Sigel et Leiper, 2004).

Dans un autre domaine de la santé, une étude portant sur la mise en place d'un programme intégré pour les personnes diabétiques s'avère dans l'ensemble positive mais le développement d'une véritable coopération entre les médecins et les autres professionnels y est identifié comme étant la principale difficulté (Contandriopoulos et coll., 2003). Une autre étude (en soins périnataux cette fois) identifie 3 modèles interorganisationnels basés sur la collaboration et note que les médecins se retrouvent à l'écart dans les modèles les plus intégrés (D'Amour et coll., 2003). On y suggère une future recherche portant sur la perception qu'ont les médecins de leur intégration aux autres partenaires.

Il semble donc qu'une collaboration satisfaisante est difficile à établir. Soit qu'il manque de fonds pour poursuivre une expérience positive, soit qu'un acteur ou l'autre est insatisfait ou insuffisamment intégré. Il y a donc de nombreux obstacles aux soins basés sur la collaboration incluant probablement des conceptions différentes de ce que représente la collaboration pour les différents acteurs. D'ailleurs, même dans la littérature scientifique, il existe de nombreuses définitions de la collaboration et certains chercheurs pensent que cela peut nuire à la collaboration sur le terrain (Fournier et coll., 2007). De plus, il semble y avoir un chevauchement avec plusieurs termes connexes dont la notion d'équipe et celle d'intégration. Dans la partie descriptive des résultats de la présente recherche se trouve des façons dont les participants envisagent la collaboration.

La poursuite du développement de la pratique, de la recherche et de la théorie dans ce domaine est à encourager. Par exemple, il y a eu récemment l'Initiative canadienne sur la collaboration en santé mentale, un projet de deux ans financé par les Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaire (Santé Canada) et composé de représentants des patients, de leur famille, des aidants naturels, des organismes

communautaires, des infirmières, des psychologues, des travailleurs sociaux, des ergothérapeutes, des diététistes, des pharmaciens, des MDI et des psychiatres (Dudgeon, 2006). Dans le cadre de ce projet, une série de dix documents sur la collaboration ont été rédigés, quatorze trousseaux d'outils élaborés et une Charte adoptée. D'autre part, les recherches se poursuivent. Une analyse multi-niveaux sur les facteurs associés à l'intégration des MDI a trouvé que la variable indépendante la plus importante était celle de la connaissance par le MDI des ressources locales (Dunt et coll., 2006), un résultat compatible avec la présente recherche. Aussi, les différents concepts et modèles théoriques de la collaboration ont été examinés (D'Amour et coll., 2005).

#### **5.3.4. Contexte de transformations**

Une étude en Ontario a évalué les répercussions des réformes des années 1990s sur les MDI, selon les perceptions de ces derniers (Cohen et coll., 2001). L'étude comprend deux volets. Le premier volet consiste en une comparaison (par analyse statistique) d'un sondage effectué une première fois en 1993 et repris en 1999. Le sondage porte sur la satisfaction professionnelle et s'adresse à la cohorte des MDI ontariens qui ont obtenu leur certificat en médecine familiale dans la période 1989-1991. Un questionnaire additionnel a été inclus en 1999 pour s'enquérir de l'effet sur leur pratique médicale de 13 réformes sélectionnées qui avaient eu lieu après 1993. Ces réformes avaient pour but d'augmenter les soins dans la communauté, de contrôler les coûts et de gérer les ressources professionnelles en santé. Le taux de réponse a été de 53% (236 MDI) en 1999. Seulement trois des 13 réformes ont été jugées par les répondants comme plus bénéfiques que délétères. De plus, la qualité générale du système de santé ontarien a été perçue comme abaissée depuis 1993. Quant aux 16 items portant sur la satisfaction professionnelle, le niveau de satisfaction a diminué de façon statistiquement significative pour 12 de ces items tandis qu'il est demeuré stationnaire pour les 4 autres items.

Comme deuxième volet, une étude qualitative a été menée auprès de 27 MD1 ontariens réunis en quatre groupes de discussion (*focus group*). Deux de ces groupes étaient formés de leaders, soit un groupe de médecins faisant partie de l'exécutif du Collège des médecins de famille de l'Ontario et l'autre, faisant partie de l'exécutif de l'Association médicale ontarienne. Le troisième groupe était formé de médecins en provenance de Toronto tandis que le quatrième, de médecins en provenance de Hamilton. Dans l'ensemble, ces MD1 ont confirmé les résultats du sondage et y ont ajouté des détails. Ils ont identifié la diminution des ressources comme un sérieux problème et ont déploré que le transfert des ressources à la communauté suite à la fusion des hôpitaux n'avait pas eu lieu. Les consultations en spécialité sont devenues plus difficiles à obtenir, leur clientèle s'est alourdie, la paperasse a augmenté, le temps disponible pour établir la relation avec les patients a diminué, la rémunération n'a pas augmenté, le niveau de stress et de frustration a augmenté, et autres.

Ces MD1 ont de plus exprimé une démoralisation professionnelle, un cynisme et une perte de confiance dans les réformes gouvernementales. Ils se sont dit préoccupés de ne pas avoir été consultés et aussi que l'effet des réformes sur les MD1 ne sont pas reconnues. Malgré que certaines réformes annoncées ne se soient pas réalisées, les MD1 ont été inquiets dans l'intervalle. Les auteurs font mention qu'une diminution dans la satisfaction des MD1 a aussi été observée en Angleterre suite à une réforme, mais qu'après huit ans, la satisfaction a été partiellement rétablie. Ils recommandent une implication accrue des différents partenaires dans la planification et dans l'implantation des réformes afin d'en améliorer la compréhension et d'en atténuer les effets négatifs.

Au Québec, il y a aussi eu de nombreuses réformes, mais il ne semble pas y avoir eu d'étude comme celle de l'Ontario sur les répercussions auprès des MD1. Cependant, une étude récente (Maranda et coll., 2006) a cherché à comprendre les liens entre l'organisation du travail et les problèmes de santé mentale chez les médecins suite à un sondage pancanadien selon lequel 45,7% des médecins âgés entre 35 à 44 ans souffriraient de fatigue ou d'épuisement professionnel. L'approche de la

psychodynamique du travail a été utilisée. Onze médecins (MD1 et spécialistes) du Québec, divisés en deux groupes de discussion ont participé à l'étude. Ces médecins avaient tous traversé un épisode de problème de santé mentale (épuisement, toxicomanie ou dépression) et ont depuis repris le travail. Dans le cours de la recherche, ils ont tenté d'analyser ensemble comment le travail avait pu contribuer à leur épisode de problème de santé mentale.

Les résultats sont présentés sous trois thèmes dont le premier est l'alourdissement de leur travail tandis que les deux autres concernent la réaction générée et l'attitude adoptée. L'augmentation des cas lourds, le manque de temps, la bureaucratisation, l'organisation du travail et le manque de ressources figurent parmi les éléments qui ont alourdi la tâche et qui ont aussi été mentionnés par les participants à la présente recherche. De plus, les soins en santé mentale et leur composante psychosociale ont été spécifiquement identifiés comme une composante de l'augmentation des cas lourds. Les trois témoignages suivants, tirés du rapport de la recherche effectuée par Maranda et coll. (2006), illustrent ce constat et ressemblent à certaines expériences vécues par des participants de la présente recherche.

Ce qui alourdit énormément, c'est quand tu reçois quelqu'un avec une dépression majeure. Là, tu sais que tu vas le voir au moins une demi-heure la prochaine fois et que tu vas le voir la semaine prochaine, et après tu vas probablement le voir aux quinze jours. Il ne faut pas que tu en aies une tonne de cas comme ça qui s'ajoutent avant de te rendre compte qu'au lieu de finir à cinq heures tu finiras à sept heures le soir. (p. 8, 2006)

Il y a beaucoup plus de psychosocial, ça alourdit beaucoup la consultation et ça alourdit beaucoup les rendez-vous. Moi je me souviens d'un rendez-vous qui devait durer cinq minutes, là, le gars se met à brailler et il reste une demi-heure à pleurer avant de commencer à parler. [...] (p. 7, 2006)

Quant on dit « manque de ressources... », moi j'ai pris en charge des patients qui avaient été hospitalisés en psychiatrie et qui étaient laissés dans la nature après ça. Ils sortent de là avec leurs bouteilles de pilules et ils ont un suivi dans quatre mois. Tu te « ramasses » tout seul à soigner ces cas là : des cas très très lourds. (p. 9, 2006)

### 5.3.5. La santé mentale dans la pratique médicale de 1<sup>re</sup> ligne

Plusieurs études rapportent un temps de consultation plus long pour les soins en santé mentale (Hutton et Gunn, 2007; Younes et coll., 2005). Bien que la prévalence des divers problèmes de santé mentale soit estimée à environ 24% en 1<sup>re</sup> ligne (WHO, 2001), Annsseau et coll. (2004) ont détecté, à l'aide du questionnaire PRIME-MD, la présence d'un trouble psychiatrique chez 42,5% des 2316 patients adultes qui ont consulté leur MD1 (70% des patients étaient vus à la clinique et 30% à domicile) dans 86 unités organisationnelles réparties sur plusieurs régions en Belgique en 1999. Cependant, seulement 5,4% de ces patients consultaient pour un problème de santé mentale. Les diagnostics les plus fréquemment identifiés par le questionnaire PRIME-MD étaient la dépression majeure (13,9%), la dysthymie (12,6%), des troubles de somatisation (23,4%), l'anxiété généralisée (10,3%), un abus ou une dépendance probable à l'alcool (10,1%). La présence concomitante de deux problèmes était fréquente. Une autre étude a détecté une prévalence du trouble de la personnalité limite (*borderline*) chez 6,4% des patients dans une unité organisationnelle de 1<sup>re</sup> ligne d'un centre urbain aux États-Unis (Gross et coll., 2002). Bien que les estimations de la prévalence des différents problèmes de santé mentale dans la clientèle du MD1 varient selon le contexte, la manière de mesurer la présence de ces problèmes, et possiblement d'autres facteurs, leur prévalence demeure élevée.

De plus, une étude a démontré que les MD1 ont traité davantage de problèmes de santé mentale en 2001 qu'en 1992 (Watson et coll., 2005). En effet, le taux de traitement des problèmes de santé mentale par les psychiatres et les MD1 a augmenté de 29% à Winnipeg entre les années 1992 et 2001. La proportion des patients qui ont été suivi uniquement par les MD1 a augmenté de 38% à 45% dans l'intervalle tandis que la proportion des patients suivis par un psychiatre et un MD1 a diminué de 52% à 47%. Tel que mentionné par les auteurs, il est cependant impossible de savoir, à partir de l'étude, si cela reflète une incidence accrue des problèmes de santé mentale ou une durée plus prolongée de ces problèmes ou une tendance à consulter davantage

pour les problèmes de santé mentale ou une augmentation de leur détection par les médecins.

De nombreuses études semblent indiquer que les problèmes de santé mentale sont sous-diagnostiqués et sous-traités par les MDI consultés (MaGPie Research Group, 2006; Sigel et Leiper, 2004). Mais, certains auteurs invitent à la prudence dans l'interprétation de ces résultats à cause du contexte particulier de la 1<sup>re</sup> ligne (MaGPie Research Group, 2006; Sigel et Leiper, 2004) et des limites méthodologiques de ces études (Fournier et coll., 2007; MaGPie Research Group, 2006; Sigel et Leiper, 2004). En effet, selon deux études qualitatives (Craven et coll., 1997, Sigel et Leiper, 2004), les MDI abordent les problèmes de santé mentale d'une façon qui leur est particulière. Entre autres, ils prennent en considération les autres problèmes de santé du patient, ils inscrivent ce type de soins dans le suivi général du patient et ils accordent une grande importance à la disponibilité d'un soutien spécialisé.

Il serait pertinent d'explorer l'impact de cette approche particulière des problèmes de santé mentale en 1<sup>re</sup> ligne parce que cela peut potentiellement résulter en des avantages (ou des désavantages), non seulement pour les patients, mais aussi pour le système de santé (WHO, 2001). En général, dans les pays occidentaux avec les systèmes de santé les plus orientés vers la 1<sup>re</sup> ligne, la population y est plus satisfaite ainsi qu'en meilleure santé, il y a moins de recours à la médication et les coûts y sont moins élevés (Starfield, 1994). Le mécanisme de cet effet n'est pas encore complètement élucidé mais il est postulé que les soins et services de 1<sup>re</sup> ligne favorisent l'équité du système de par leur distribution et accessibilité, en améliorent l'efficacité de par leur gestion des différents problèmes de santé (évaluation, traitement, orientation), et permettent l'adaptation du système aux problèmes émergents de par leur souplesse (Ferrer et coll., 2005; Starfield, 1994). La vigilance est donc de mise pour préserver et optimiser ces acquis, ce qui passe aussi par un approfondissement de la compréhension des mécanismes en jeu (Starfield, 1994). Par exemple, un processus judicieux de consultation en spécialité protège

potentiellement les patients de surtraitement et les spécialistes de surcharge, assurant par le fait même un traitement plus approprié pour le patient et une meilleure utilisation des spécialistes (Ferrer et coll., 2005). Les résultats de la présente recherche laissent cependant entrevoir une insuffisance dans l'accès à la consultation et aux services en santé mentale ainsi qu'une capacité d'adaptation sur le point d'être excédée en 1<sup>re</sup> ligne.

## **CHAPITRE 6 : CONCLUSION**

Le défi est de taille pour le PASM car si ses grandes orientations rassemblent de nombreux acteurs, sa réalisation paraît difficile à plusieurs. Fleury et Grenier (2004) reconnaissent la difficulté d'implantation des réformes en santé mentale et rapportent que la probabilité qu'une réforme se concrétise est estimée à moins de 50%, ce qui s'expliquerait du fait qu'il s'agit d'un phénomène complexe et du fait que les stratégies d'implantation sont souvent déficientes. D'ailleurs, en Australie, malgré l'adoption d'une politique novatrice en santé mentale sur une base populationnelle<sup>1</sup>, malgré la reconnaissance des différents acteurs, malgré le développement de nouveaux programmes, malgré la promotion de soins et services de 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale, l'implantation à grande échelle de la transformation prévue n'a pas été atteinte et des problèmes persistent dans les soins et services en santé mentale (Hickie et coll., 2005). De même, en Europe, malgré un large consensus sur les principes et les objectifs des réformes en santé mentale adoptées dans plusieurs pays depuis les années 1970s, leur implantation se fait lentement (Cooper, 2001).

Quelques chercheurs se sont penchés sur la question d'implantation à plus petite échelle à travers différents projets dont l'introduction de pratiques cliniques préventives, l'implantation de GMF, la diffusion d'innovations cliniques, la pérennité d'initiatives dans des domaines prioritaires (Beaulieu et coll., 2006; Cohen et coll., 2005; Ruhe et coll., 2005; Sibthorpe et coll., 2005; Denis et coll., 2001). Parmi les facteurs identifiés comme influençant le processus, on retrouve les relations humaines, la motivation, les perceptions, le contexte, une bonne connaissance du milieu pour y prendre appui, la nature du changement proposé incluant sa flexibilité, la présence de besoins, l'apport de ressources. La présente recherche dégage ces aspects et leur interaction en regard de la transformation de la 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale au Québec selon les perceptions de MD1. Ces résultats peuvent donc potentiellement contribuer à la poursuite de l'implantation de la transformation. En ce sens, le stade très précoce de l'implantation du PASM au temps de cette recherche rend les résultats encore plus utiles.

---

<sup>1</sup> National Mental Health Strategy 1993-2002

En effet, les résultats explicatifs obtenus (le schéma conceptuel proposé) dans la présente recherche indiquent trois catégories de perceptions interreliées à considérer afin de comprendre (et même d'anticiper) la formation de la perception générale des acteurs en regard de la transformation. Il s'agit de leurs perceptions de la situation actuelle et passée, de leurs perceptions des transformations actuelles et passées ainsi que de leurs perceptions de la nouvelle transformation. Au temps de la recherche, la perception générale des participants était favorable avec cependant une présence de doutes. Les éléments qui sous-tendent la perception favorable tout comme ceux qui sous-tendent les doutes méritent une attention particulière dans le but d'en arriver à des ajustements de part et d'autres qui potentiellement faciliteront l'implantation du PASM et en favoriseront un meilleur fonctionnement éventuel. Ces éléments peuvent être recherchés directement auprès des acteurs ou dans la littérature, mais l'idéal est de combiner les deux approches. Les résultats descriptifs obtenus (le contenu des catégories) puis leur comparaison avec certains écrits de la littérature offrent ici un point de départ pour poursuivre l'exploration.

Cette recherche n'a cependant exploré qu'un des nombreux aspects de la transformation de la 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale. Il existe en effet une multitude de réalités présentes, passées et futures en lien avec cette transformation.

La santé mentale suit un itinéraire particulier : sa nosologie et l'organisation de ses services s'inspirent, plus que toutes les autres, des valeurs culturelles et sociales ainsi que du développement scientifique et économique des sociétés. (Fleury et Grenier, 2004, p.22)

## **SOURCES DOCUMENTAIRES**

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2006). Les cliniques-réseau. [http://www.santemontreal.qc.ca/fr/DRMG/cli\\_res.html](http://www.santemontreal.qc.ca/fr/DRMG/cli_res.html), accédé 2006-10-07.

Anseau, M., Dierick, M., Buntinkx, F., Cnockaert, P., De Smedt, J., Van Den Haute, M., Vander Mijnsbrugge, D. (2004). High prevalence of mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 78 : 49-55.

Beaulieu, M.-D., Denis, J.-L., D'Amour, D., Goudreau, J., Haggerty, J., Hudon, E., Jobin, G., Lamothe, L., Gilbert, F., Guay, H., Cyr, G., Lebeau, R. (2006). L'implantation des Groupes de médecine de famille : un défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle. *Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé*, 25 pages, [www.fcrss.ca](http://www.fcrss.ca), accédé en 2006.

Belley, M. et coll. (2006). Le plan d'action en santé mentale 2005-10 – Contre une réorganisation dévastatrice. *Le Devoir*, édition du 24 mai 2006, page A7.

Benigeri, M. (2007). L'utilisation des services de santé mentale par les Montréalais en 2004-2005. Carrefour montréalais d'information sociosanitaire de la Direction des ressources humaines, information et planification de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Québec, 43 pages.

Berendsen A.J., Benneker W.H.G.M., Meyboom-de-jong, B., Klazinga, N.S., Schuling, J. (2007). Motives and preferences of general practitioners for new collaboration models with medical specialists: a qualitative study. *BMC Health Service Research*, 7: 4-12.

Berendsen A.J., Benneker W.H.G.M., Rijkers-koorn, N., Slaets, J.P.J., Meyboom-de-jong, B. (2006). Collaboration with general practitioners: preferences of medical specialists - a qualitative study. *BMC Health Service Research*, 6 : 155-163.

Buchan, T., Boldy, D.P. (2004). Improving mental health services in a local area – an exploratory study. *Australian Health Review*, 28(3) : 292-300.

Caelli, K., Ray, L. et Mill, J. (2003). 'Clear as Mud': Towards Greater Clarity in Generic Qualitative Research. *International Journal of Qualitative Methods*, 2 (2), article 1.

Cohen, D.J., Tallia, A.F., Crabtree, B.F., Young, D.M. (2005). Implementing Health Behavior Change in Primary Care: Lessons From Prescription for Health. *Annals of Family Medicine*, 3 (suppl.2): 512-519.

Cohen, M., Ferrier, B., Woodward, C.A., Brown, J. (2001). Health care system reform: Ontario family physicians' reactions. *Canadian Family Physician*, 47:1777-1784.

Collectif (2001). Un nouvel éclairage sur la santé mentale des adultes montréalais. *Rapport annuel 2001 sur la santé de la population* Direction de la santé publique Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Bibliothèque nationale du Québec, 101 pages.

Cooper, B. (2001). Public-health psychiatry in today's Europe: scope and limitations. *Social psychiatry and psychiatric Epidemiology*, 36 :169-176.

Conseil médical du Québec (2001). Avis sur la réorganisation des services médicaux de 1<sup>re</sup> ligne. 92 pages. [www.msss.gouv.qc.ca/cm/q](http://www.msss.gouv.qc.ca/cm/q), accédé le 2007-07-20.

Contandriopoulos A.-P., Rodriguez C., Larouche D., Nasmith L., Jimenez V., Marchand R., Côté B., Philibert L., Bourdages T., Ferreira T.M. (2003). Système de services intégrés pour patients diabétiques type 2 du Territoire Côte-des-Neiges : Analyse des effets. *Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé*, 27 pages, [www.fcrss.ca](http://www.fcrss.ca), accédé en 2006.

Costello, E.J., Egger, H., Angold, A. (2005). 10-Year Research Update Review: The Epidemiology of Child and Adolescent Psychiatric Disorders: 1. Methods and Public Health Burden. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44: 972-986.

Craven, M.A. et Bland, R. (2002). Le partage des soins de santé mentale : une bibliographie et une vue d'ensemble. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(suppl. 1).

Craven, M.A., Cohen, M., Campbell, D., Williams, J., Kates, N. (1997). Mental Health Practices of Ontario Family Physicians: A Study Using Qualitative Methodology. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42: 943-949.

Creswell, J.W. (1998). Five Qualitative Traditions of Inquiry. Dans J.W. Creswell *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Traditions* (pp. 47-72). Thousand Oaks: Sage.

Crossley, N. (2005). Realism. Dans N. Crossley *Key concepts in critical social theory* (pages 246-255). Sage Publications: Thousand Oaks.

D'Amour, D., Goulet, L., Pineault, R., Labadie, J.-F., Remondin, M. (2003). Pleins feux sur trois modèles interorganisationnels de continuité des soins axés sur les courts séjours périnataux à l'hôpital. *Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé*, 26 pages. [www.fcrss.ca](http://www.fcrss.ca), accédé en 2006.

D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L., Beaulieu, M.-D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration : Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, suppl.1 :116-131.

Denis, J.-L., Beaulieu, M.-D., Hébert, Y., Langley, A., Lozeau, D., Pineault, R., Trottier, L.-H. (2001). L'innovation clinico-organisationnelle dans les organisations de santé. *Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé*, 22 pages, [www.fcrss.ca](http://www.fcrss.ca), accédé en 2006.

Deslauriers, J.-P. et Kérisit, M. (1997). Devis de recherche et échantillonnage. Dans J. Poupart, L.-H. Groulx, J.-P. Deslauriers, A. Laperrière, R. Mayer et A. Pires (Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives), *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 85-111). Gaëtan Morin Éditeur, Boucherville.

Desrosiers, G. (1996). Évolution des concepts et pratiques modernes en santé publique : 1945-1992. *Ruptures*, 3(1) : 18-26.

Dudgeon, S. (2006). Aperçu du projet Initiative canadienne de collaboration en santé mentale. [www.iccsm.ca](http://www.iccsm.ca), accédé 2007-07-05.

Dunt, D., Elsworth, G., Southern, D., Harris, C., Potiriadis, M., Young, D. (2006). Individual and area factors associated with general practitioner integration in Australia: A multilevel analysis. *Social Science and Medicine*, 63 : 680-690.

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (2005). Notes pour une présentation de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec à la séance de consultation du ministère de la Santé et des Services sociaux, le 26 janvier 2005, sur le plan d'action proposé en santé mentale pour 2005-2008. 6 pages. <http://www.fmoq.org/Documents/Documentation/NotesFMOQsantementale.pdf>, accédé le 2007-06-08.

Ferrer, L., Hambidge, S.J., Maly, R. (2005). The Essential Role of Generalists in Health Care Systems. *Annals of Internal Medicine*, 142 (8): 691-699.

Fleury, M.-J. et Grenier, G. (2004). Historique et enjeux du système de santé mentale québécois. *Ruptures*, 10 (1) : 21-38.

Fournier, L., Aubé, D., Roberge, P., Lessard, L., Duhoux, A., Caulet, M., Poirier, L.-R. (2007). Vers une première ligne forte en santé mentale : Messages clés de la littérature scientifique. Institut national de santé publique du Québec, 39 pages.

Fournier, L. et coll. (2005). Transformation de la première ligne en santé mentale au Québec : accompagnement et suivi. Protocole de recherche, 24 pages.

Gollop, R., Whitby, E., Buchanan, D., Keltey, D. (2004). Influencing sceptical staff to become supporters of service improvement: a qualitative study of doctors' and managers' views. *Quality & Safety in Health Care*, 13: 108-114.

Gendron S. (2001). Chapitre 5-Thèse de doctorat. *La pratique participative en santé publique : l'émergence d'un paradigme* (pages 102-155). Université de Montréal.

Geneau, R., Lehoux, P., Pineault, R., Lamarche, P.A. (2007). Primary care practice à la carte among GPs: using organizational diversity to increase job satisfaction. *Family Practice*, 24: 138-144.

Green, A., Ross, D. et Mirzoev, T. (2007). Primary Health Care and England: The coming of age of Alma Ata? *Health Policy*, 80: 11-31.

Greene, J.C. (2000). Understanding social programs through evaluation. In N.K.Denzin & Y.S. Lincoln, *Handbook of Qualitative Research*, 2<sup>nd</sup> ed. (pages 981-999), Thousand Oaks: Sage.

Gross, R., Olfson, M., Gameraff, M., Shea, S., Feder, A., Fuentes, M., Lantigua, R., Weissman, M. (2002). Borderline Personality Disorder in Primary Care. *Archives of Internal Medicine*, 162: 53-60.

Guba E.G., Lincoln, Y.S. (1994). Competing paradigms in Qualitative Research. Dans N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (Eds) *Handbook of Qualitative Research*, 1<sup>st</sup> ed. (pages 105-117) Sage, Thousand Oaks.

Gunn, C. et Hutton, J. (2007). Do longer consultations improve the management of psychological problems in general practice? A systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 7: 71-85.

Hickie, I.B., Groom, G.L., McGorry, P.D., Davenport, T.A. et Luscombe, G.M. (2005). Australian mental health reform: time for real outcomes. *Medical Journal of Australia*, 182: 401-406.

Kates, N., Crustolo, A.-M., Nikolaou, L., Craven, M.A., Farrar, S. (1997). Providing Psychiatric Backup to Family Physicians by Telephone. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42: 955-959.

King, L. et Appleton J.V. (1990). Fourth Generation Evaluation of Health Services: Exploring a Methodologie That Offers Equal Voice to Consumer and Professional Stakeholders. *Qualitative Health Research*, 9 (5) : 698-710.

Lalonde, M. (1981). *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social ISBN 0-662-50019-9, pages 5-82.

Lamarche, P.A., Beaulieu, M.-D., Pineault, R., Contandriopoulos, A.-P., Denis, L.-J., Haggerty, J. (2003). Sur la voie du changement : Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada. *Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé*, pages 1-25. www.fcrss.ca, accédé en 2006.

Lévesque, J.-F. et Bergeron, P. (2003). Québec's Healthcare System: Origins, Organization, and Future. Dans C. P. Shah, *Public Health and Preventive Medicine in Canada, 5<sup>th</sup> Edition* (pp. 517-530). Elsevier Canada: Toronto.

Lewis, J. et Ritchie, J. (2004). Generalising from Qualitative Research. Dans J. Ritchie et J. Lewis (Eds) *Qualitative Research Practice: A Guide for Social Science Students and Researchers* (pages 1-23). Sage Publications Ltd, London-Thousand Oaks-New Delhi.

Lincoln, Y.S. (1995). Emerging Criteria for Quality in Qualitative and Interpretive Research. *Qualitative Inquiry*, 10 (2): 261-280.

Lucena, R. J. M. et Lesage, A. (2002). Family physicians and psychiatrists : Qualitative study of physicians views on collaboration. *Canadian Family Physician*, 48 : 923-929.

MaGPie Research Group (2006). The treatment of common mental health problems in general practice. *Family Practice*, 23: 53-59.

Maranda, M.-F., Gilbert, M.-A., Saint-Arnaud, L., Vézina, M. (2006). *La détresse des médecins : un appel au changement*. Les presses de l'université Laval, 152 pages.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens*. Québec, 96 pages, [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca), accédé en 2006.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2005). Centres de santé et des services sociaux/Réseaux locaux de services. Portail Internet du MSSS, 4 pages. [www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/](http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/), accédé 2005-10-11.

Morse, J. (2000). Determining sample size. *Qualitative Health Research*, 10(1):3-5.

Organisation mondiale de la santé (1978). Déclaration d'Alma-Ata, 3pages. [http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827\\_1?PrinterFriendly=1&language=french](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1?PrinterFriendly=1&language=french), accédé le 2007-06-08.

Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, 23, 147-181.

Paillé, P. et Mucchielli, A. (2003). L'analyse qualitative en mode écriture. Dans *L'analyse qualitative in sciences humaines et sociales* (pp.101-108). Paris : Armand Colin.

Patton, M.Q. (2002). Units of analysis, purposeful sampling, and sample size. Dans *Qualitative research and evaluation methods-Third Edition* (pp. 228-246). Thousand Oaks: Sage.

Pawson, R. et Tilley, N. (1997). Chap 3 In with the new: introducing scientific realism. *Realistic evaluation*. Sage publication.

Pineault, R. et Daveluy, C. (1995). *La planification de la santé; concepts-méthodes-stratégies*. Éditions Nouvelles, Montréal, 480 pages.

Pires, A. (1997a). De quelques enjeux épistémologiques d'une méthodologie générale pour les sciences sociales. Dans J. Poupart, L.-H. Groulx, J.-P. Deslauriers, A. Laperrière, R. Mayer et A. Pires (Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives), *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 3-54). Gaëtan Morin Éditeur, Boucherville.

Pires, A. (1997b). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. Dans J. Poupart, L.-H. Groulx, J.-P. Deslauriers, A. Laperrière, R. Mayer et A. Pires (Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives), *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 113-167). Gaëtan Morin Éditeur, Boucherville.

Poland, B.D. (2002). Transcription quality. Dans J.F. Gubrium & J.A. Holstein (Eds.), *Handbook of interview research: context & method* (pp. 141-159). Thousand Oaks: Sage.

Raine, R., Carter, S., Sensky, T., Black, N. (2005) 'Rererral into a void: opinions of general practitioners and others on single point of access to mental health care. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 98: 153-157.

Reason, P. (1994). Three Approaches to Participative Inquiry. Dans N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (Eds) *Handbook of Qualitative Research*, (pages 324-339). Sage, Thousand Oaks.

Ruhe, M.C., Weyer, S.M., Zronek, S., Wilkingson, P.S., Stange, K.C. (2005). Facilitation practice change: lessons from the STEP-UP clinical trial. *Preventive Medicine* 40: 729-734.

Savard, I., et Rodrigue, J. (2007). *Des omnipraticiens à la grandeur du Québec Évolution des effectifs et des profils de pratique- édition 2007*. Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, Bibliothèque nationale du Québec, 27 pages, [www.fmoq.org](http://www.fmoq.org) accédé le 2007-06-08.

Savoie-Zajc L. (1997). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (Éds) *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données, 3ième édition* (pages 263-285). Presses de l'Université du Québec, Sainte-Foy.

Sayer, A. (2000). Part I Introducing Critical Realism. Dans A. Sayer, *Realism and social science* (pages 2-28). Sage Publications, London-Thousand Oaks-New Delhi.

Shah, C. P. (2003). *Public Health and Preventive Medicine in Canada, 5<sup>th</sup> Edition*. Elsevier Canada; Toronto, 595 pages.

Sigel, P. et Leiper R. (2004). GP views of their management and referral of psychological problems : A qualitative study. *Psychology and psychotherapy*, 77 :279-296.

Sibthorpe, B.M., Glasgow, N.J., Wells, R.W. (2005). Emergent themes in the sustainability of primary health care innovation. *The Medical Journal of Australia*, suppl. 183, 10: S77-S80

Snape, D. et Spencer, L. (2003). The Foundations of Qualitative Research. Dans J. Ritchie et J. Lewis (Eds) *Qualitative Research Practice: A Guide for Social Science Students and Researchers* (pp. 1-23). Sage Publications Ltd, London-Thousand Oaks-New Delhi.

Spencer, L., Ritchie, J., O'connor, W. (2004). Analysis: Practices, Principles and Processes. Dans J. Ritchie et J. Lewis (Eds) *Qualitative Research Practice: A Guide for Social Science Students and Researchers* (pp. 199-218). Sage Publications Ltd, London-Thousand Oaks-New Delhi.

Starfield, B. (1994). Is primary care essential? *The Lancet*, 344:1129-1133.

Strathdee, G. (1988). Psychiatrists in Primary Care: The General Practitioner Viewpoint. *Family practice*, 5 (2): 111-115.

Thornicroft, G. et Tansella, M. (2003). What are the arguments for community-based mental health care? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/document/E89276.pdf>, accédé 2007-05-29).

Ustun, T.B. (1999). The Global Burden of Mental Disorders. *American Journal of Public Health*, 89: 1315-1318.

Vasiliadis, H.-M., Lesage, A., Adair, C., Boyer, R. (2005). Service Use for Mental Health Reasons : Cross-Provincial Differences in Rates, Determinants, and Equity of Access. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50: 614-619.

Waddell, C., McEwan, K., Shepherd, C., Offord, D. R., Hua, J. M. (2005). A Public Health Strategie to Improve the Mental Health of Canadian Children. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50 : 226-233.

Warner, R.W., Gater, R. Jackson, M.G., Goldberg, D.P. (1993). Effets of a community mental health service on the practice and attitudes of general practitioners. *British Journal of General Practice*, 43: 507-511.

Watson, D.E., Heppner, P., Roos, N.P., Reid, R., Katz, A. Population-Based Use of Mental Health Services and Patterns of Delivery Among Family Physicians, 1992 to 2001. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50 (7): 398-406.

WHO, rapport du secrétariat (2003). Conférence internationale de Alma-Ata sur les soins de santé primaires: vingt-cinquième anniversaire, 6 pages.  
[http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA56/fa5627.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA56/fa5627.pdf) , accédé le 2007-06-08.

World Health Organization (2001). The World health report: 2001: Mental health: new understanding, new hope. Geneva, 178 pages.

Younes, N., Gasquet, I., Gaudebout, P., Chaillet, M.-P., Kovess, V., Falissard, B., Hardy Bayle, M.-C. (2005). General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. *BMC Family Practice*, 6:18-24.

**ANNEXE A**

**Lettre d'invitation à participer à la recherche**

Montréal, le 7 août 2006

Institut national  
de santé publique  
Québec 

Université   
de Montréal  
Faculté de médecine  
Département de médecine  
sociale et préventive

Docteur(e) Participant Potentiel  
Clinique médicale de 1<sup>ière</sup> ligne  
111, 1<sup>ière</sup> avenue  
Premièreville (Québec) A1A 1A1

**Objet: Recherche sur la transformation de la 1<sup>ière</sup> ligne en santé mentale au Québec:  
Perceptions de médecins de 1<sup>ière</sup> ligne.**

Docteur(e),

C'est avec plaisir que nous vous invitons à participer à cette recherche. Il s'agit pour vous de prendre part à un entretien individuel avec la candidate à la maîtrise en santé communautaire durant lequel vous aurez l'occasion d'exprimer vos perceptions au sujet de la transformation de la 1<sup>ière</sup> ligne en santé mentale au Québec. Quelle en est votre vision? Quelles sont vos attentes, vos préoccupations, vos intérêts face à cette transformation? Quelles conséquences anticipez-vous sur votre pratique (qualité des soins, rôle du médecin de 1<sup>ière</sup> ligne, relation médecin-patient, relations interdisciplinaires et soins en collaboration, relations avec la 2<sup>ème</sup> ligne, connaissances)? Vos propos seront recueillis et traités de façon confidentielle. Les résultats éventuels permettront d'atteindre une meilleure compréhension de la situation et d'envisager des ajustements de part et d'autre pour le bénéfice de tous.

La candidate à la maîtrise vous contactera par téléphone prochainement afin de vous fournir des informations additionnelles, de répondre à vos interrogations et de s'enquérir de votre participation (à moins que vous nous laissiez savoir d'ici là que vous n'êtes pas intéressé). Dans le cas d'une réponse positive de votre part, une rencontre sera alors arrangée à votre convenance (la durée prévue de la rencontre est d'environ une heure).

Nous avons joint à la lettre un exemplaire du document « Plan d'action en santé mentale 2005-2010 ». Cependant, il n'est pas nécessaire pour vous de prendre connaissance du document pour participer à la recherche ; ce document vous est fourni à titre d'information générale, à consulter (ou non) selon votre intérêt.

Nous espérons pouvoir compter sur vous en tant que participant à cette recherche. Veuillez recevoir, Docteur(e), nos cordiales salutations.

Marcella Kafka, md  
Candidate à la maîtrise  
en santé communautaire  
Université de Montréal  
Tél : xxx-xxx-xxxx poste xxxx

Louise Fournier, PhD  
Directrice de recherche  
Institut national  
de santé publique du Québec  
Tél : xxx-xxx-xxxx poste xxxx

**ANNEXE B**

**Critères d'inclusion et d'exclusion**

## Critères d'inclusion et d'exclusions

MD1 (code) : \_\_\_\_\_

- **CRITÈRE D'INCLUSION SATISFAIT** (encercler la bonne réponse) :

Pratique active en soins ambulatoires (avec et/ou sans rendez-vous)  
depuis au moins 2 ans?

**OUI** ou **NON**

- **PRÉSENCE DU 1<sup>ER</sup> CRITÈRE D'EXCLUSION** (encercler la bonne réponse):

Pratique restreinte à un domaine unique (ex : traitement de varices,  
anesthésie, obstétrique, pratique exclusive en santé mentale, etc.)?

**OUI** ou **NON**

- **PRÉSENCE DU 2<sup>E</sup> CRITÈRE D'EXCLUSION** (encercler la bonne réponse):

Position médico-administrative de haut niveau tel les chefs des départements régionaux de médecine générale (DRMG), les directeurs des services professionnels (DSP), les présidents des conseils de médecins dentistes et pharmaciens (CMDP), les représentants syndicaux régionaux ou provinciaux (FMOQ<sup>1</sup>), les représentants du Collège des médecins du Québec (CMQ)?

**OUI** ou **NON**

- **ÉLIGIBILITÉ À L'ÉTUDE** (encercler la bonne réponse):

Critère d'inclusion satisfait et absence des 2 critères d'exclusion?

**OUI** ou **NON**

---

<sup>1</sup> Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

**ANNEXE C**

**Formulaire de consentement**

## Formulaire de consentement

Nous vous invitons à bien lire ce formulaire et à poser des questions avant d'y apposer votre signature.

**Titre du projet :** Transformation de la 1<sup>ère</sup> ligne en santé mentale au Québec :

Perceptions de médecins de 1<sup>ère</sup> ligne.

**Noms des chercheurs :** Marcella Kafka, md, candidate à la maîtrise en santé

communautaire, Université de Montréal.

Louise Fournier, Ph.D., directrice de recherche, Institut national de

santé publique du Québec (INSPQ).

**Description du projet :**

L'objectif de la recherche proposée est d'explorer la perception qu'ont les médecins de 1<sup>ère</sup> ligne (MD1) de la transformation de la 1<sup>ère</sup> ligne en santé mentale au Québec. Comment la comprennent-ils et comment se l'approprient-ils (visions et attentes, sources d'information, intérêts, avantages, désavantages, facteurs facilitants, obstacles)? Quelles en sont les conséquences anticipées sur leurs pratiques (relation médecin-patient, relations interdisciplinaires, soins en collaboration, relations avec la 2<sup>ème</sup> ligne, rôle du MD1, connaissances, qualité des soins)?

Les MD1 invités à participer sont choisis au hasard dans environ 3 territoires de CSSS mais ils doivent avoir une pratique active en soins ambulatoires (avec et/ou sans rendez-vous) depuis au moins 2 ans. Aussi, une attention particulière est portée afin d'obtenir parmi les MD1 participants une répartition égale du genre (homme et femme), une distribution d'âge variée et une représentation des différentes configurations de pratique (cabinet privé, CLSC, GMF ou CMA). Un total de 12 MD1 participants est prévu.

La pertinence des résultats à obtenir se situe à plusieurs niveaux. Premièrement, de nouvelles connaissances seront apportées en regard aux inquiétudes soulevées dans la littérature scientifique quant au manque d'intégration des MD1 dans le cadre de soins en collaboration et quant à une possibilité de déqualification des MD1 suite à l'instauration d'équipes spécialisés en santé mentale. Deuxièmement, une perspective additionnelle sera ajoutée à la recherche évaluative mixte (quantitative et qualitative) de grande envergure actuellement en cours au Québec portant sur la transformation de la 1<sup>ère</sup> ligne en santé mentale. Troisièmement, un point de départ sera offert pour le rapprochement entre les différents acteurs impliqués dans la transformation (chercheurs, décideurs, administrateurs, gestionnaires, intervenants incluant les MD1, personnes avec un problème de santé mentale). Ceci permettra d'atteindre une meilleure compréhension de la situation et d'envisager des ajustements de part et d'autre pour le bénéfice de tous.

### **Procédures :**

L'entretien semi-dirigé est la principale méthode de collecte de données. Ces entretiens sont réalisés par la candidate à la maîtrise avec chacun des MD1 participants rencontré individuellement. La candidate à la maîtrise posera surtout des questions ouvertes, courtes et neutres pour donner la chance au participant de s'exprimer librement sur le sujet. Les questions porteront sur les thèmes décrits à la section « description du projet ». La rencontre (d'environ une heure) est arrangée à la convenance du MD1 participant (soit dans un bureau de son milieu de travail, soit dans un local de l'INSPQ).

Les entretiens seront enregistrés sur une cassette audio puis transcrits mot à mot (sauf les détails qui pourraient permettre d'identifier le participant comme le nom d'une clinique) par la candidate à la maîtrise. Ces données seront ensuite analysées par des approches qualitatives (basées sur les mots). Des extraits des transcriptions pourront être utilisés pour appuyer les analyses et les résultats incluant dans le rapport final (publication).

De façon complémentaire, des informations contextuelles (description/historique des services et de la géographie du territoire de CSSS, informations sur la transformation de la première ligne en santé mentale incluant l'implantation du Plan d'action en santé mentale) sont obtenues de diverses sources (documents publics, équipe de recherche élargie, personnes ressources). Il y a aussi des notes d'observation en rapport avec la recherche qui sont colligées par le chercheur.

### **Avantages et bénéfiques :**

Plusieurs bénéfices et avantages sont anticipés pour les participants dont une sensibilisation accrue aux transformations, l'opportunité de faire valoir son point de vue et surtout le potentiel d'amélioration de la situation pour l'ensemble des acteurs incluant les personnes avec un problème de santé mentale (voir le paragraphe sur la pertinence des résultats à obtenir dans la section « description du projet »).

Une fois l'étude terminée, les résultats seront acheminés aux participants qui en feront la demande.

### **Risques et inconvénients :**

Le temps requis pour la participation sera sans doute l'inconvénient principal et probablement le seul. Il n'y a pas de risques connus et prévisibles.

**Temps consacré à l'entrevue :** environ une heure.

### **Critères d'exclusion :**

Le premier critère d'exclusion est une restriction de la pratique du MD1 à un domaine unique (ex : traitement de varices, anesthésie, obstétrique, pratique exclusive en santé mentale, etc.). Le deuxième critère d'exclusion est une position médico-administrative de haut niveau.

### **Confidentialité :**

Des mesures seront prises pour assurer la confidentialité. Toutes les données (cassettes audio, transcriptions, notes d'observations) seront conservées sous clé. Aucune donnée concernant les participants ne sera identifiée de façon nominale à aucun moment du processus de recherche. Toutes les données seront d'emblée identifiées par le code numérique correspondant à chaque participant.

Les formulaires de consentement signés par les MD1 participants et l'information sur la codification des participants seront conservés sous clé de manière séparée des données. Cette information consistera des noms et des coordonnées des MD1 qui seront abordés pour participer à la recherche ainsi que du code qui a été attribué à chacun d'eux. Les différents territoires de CSSS seront aussi codifiés. Seulement la candidate à la maîtrise et la directrice

de recherche auront accès à ces informations. Le comité d'éthique pourrait éventuellement demander à avoir accès aux formulaires pour vérifier l'application rigoureuse de la procédure.

Une fois la recherche terminée, l'ensemble des données, des informations de codification et des formulaires de consentements seront conservés chez la directrice de recherche à l'INSPQ. Tout ce matériel sera détruit 5 ans après la publication du rapport final de la recherche sauf pour les cassettes audio qui seront démagnétisées un an après la publication du rapport.

Aucune publication ni communication scientifique résultant de cette étude ne contiendra des informations permettant d'identifier les participants.

**Liberté de participation et liberté de retrait de l'étude :**

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer et vous pouvez vous retirer de l'étude en tout temps.

**Indemnité :** aucune.

**Personnes-ressources :** Marcella Kafka, tél. : xxx-xxx-xxxx poste xxxx

Louise Fournier, tél. : xxx-xxx-xxxx poste xxxx

Si vous avez des questions à poser concernant cette étude, vous pouvez contacter les personnes-ressources (noms et tél. ci-haut).

Vous pouvez communiquer avec le Bureau de l'ombudsman de l'Université de Montréal pour obtenir des renseignements éthiques ou faire part d'un incident ou formuler des plaintes ou des commentaires au 514-343-2100.

**Adhésion au projet et signatures :**

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant ce projet de recherche et on y a répondu à ma satisfaction. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour réfléchir et prendre ma décision. Je sais que je pourrai me retirer en tout temps.

**Je soussigné(e) accepte de participer à cette étude.**

Nom du participant	Signature du participant	Date

Je certifie a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire de consentement; b) lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au présent projet et que je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

Nom du Chercheur	Signature du chercheur	Date

**Informations de type administratif :**

- L'original du formulaire sera conservé à l'Institut National de Santé Publique et une copie signée sera remise au participant
- Le projet de recherche et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le CERFM le (date) : 7 août 2006
- No de référence : CERFM-76(06)#209
- Date de la version du présent formulaire : Version du 2 novembre 2004 (DA)

**ANNEXE D**  
**Guide d'entretien semi-dirigé**

## Guide pour l'entretien semi-dirigé

- Questions d'ouverture (invitation à la discussion, éviter les interruptions) :

**Pouvez-vous m'expliquer comment vous comprenez la transformation de la 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale?**

**Comment est-ce que cela va changer votre pratique?**

**Pourquoi? Exemples?**

- Questions de suivi (encouragements au participant à s'exprimer sur divers items s'il ne l'a pas déjà fait d'emblée ou si un approfondissement est souhaitable) :

### **Item : vision et attentes**

Quels sont pour vous les principaux éléments apportés par cette transformation?

Quelles sont vos attentes par rapport à cette transformation?

### **Item : sources d'information**

Comment avez-vous appris ce que vous savez en lien avec la transformation?

Est-ce satisfaisant pour vous? Expliquer...

### **Item : intérêt, avantages, désavantage, facteurs facilitants, obstacles**

Êtes-vous intéressé par cette transformation?

Y voyez-vous des avantages, des facteurs facilitants? Lesquels?

Y voyez-vous des inconvénients, des obstacles? Lesquels?

### **Item - relation médecin-patient :**

Pensez-vous que cela va changer votre relation médecin-patient? Comment?

### **Item - relation avec la 2<sup>e</sup> ligne :**

Pensez-vous que cela va changer votre relation avec la 2<sup>e</sup> ligne? Comment?

Que pensez-vous des services d'un psychiatre répondant (selon le PASM)?

**Item – interdisciplinarité et collaboration :**

Pensez-vous que cela va changer votre relation avec les autres intervenants?

Lesquels? Comment?

Collègues MD1, infirmières, psychologues, travailleurs sociaux, intervenants communautaires, autres?

Que pensez-vous de l'équipe de santé mentale de 1<sup>re</sup> ligne (selon le PASM)?

Que pensez-vous des soins en collaboration (selon le PASM)?

**Item - qualité des soins :**

Selon vous, est-ce qu'il y aura des effets sur la qualité des soins aux patients?

Lesquels? Accès, continuité, réactivité, globalité? Dans votre pratique?

**Item – connaissances :**

Pensez-vous qu'il y aura un effet sur vos connaissances? Lesquels?

Apprentissages réciproques avec les autres intervenants?

Normes de pratique?

Risque de déqualification (selon la recension des écrits)?

**Item – rôle du médecin de première ligne :**

Pensez-vous que cela va modifier votre rôle? Comment?

Services intégrés, responsabilité populationnelle?

Manque d'intégration et de coopération des médecins (selon la recension des écrits)?

**Item – ombrage :**

Quelles sont selon vous les perceptions de vos collègues sur ce sujet?

Quelles sont selon vous les perceptions des patients sur ce sujet?

**Item – autres :** Avez-vous autre chose à ajouter?

### **Début d'entretien reformulé**

La question première question d'ouverture se lit maintenant comme suit :

**Étiez-vous au courant d'une transformation de la 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale avant d'avoir été abordé pour cet entretien?**

Parfois, cette question sera située dans le contexte des nombreuses transformations du système de santé dans les dernières années par la phrase suivante :

**Dans les dernières années, il y a eu de nombreuses transformations dans le système de santé au Québec.**

Dans le cas d'une réponse affirmative à la première question d'ouverture, les questions suivantes seront considérées :

**Depuis quand? Par qui? Quoi? Quelle en est votre compréhension? Comment envisagez-vous la suite?**

Dans le cas d'une réponse négative à la première question d'ouverture, les questions suivantes seront considérées :

**Pensez-vous qu'une transformation est souhaitable? Pourquoi? Comment?**

De cette façon, peu importe la réponse à la question d'ouverture, la notion de compréhension sera dégagée par les questions suivantes. Aussi, l'émergence spontanée des items suivants dans l'entretien sera favorisée : vision et attentes, sources d'information, intérêt, avantages, désavantages, facteurs facilitant, obstacles... afin de poursuivre selon le Guide pour l'entretien semi-dirigé.

**ANNEXE E**  
**Résultats intermédiaires**

## Résultats intermédiaires :

### Éléments de la synthèse générée à partir des comptes-rendus

#### **Préambule :**

À la relecture des comptes-rendus, l'ensemble des propos de la plupart des participants peut être organisés selon les **trois catégories** suivantes :

- 1) description de l'état actuel et passé de la situation tel que vécu par le participant,
- 2) la perception par le participant de la transformation de la 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale incluant les besoins identifiés par le participant et ses opinions sur les éléments relevés dans le PASM,
- 3) la façon dont le participant envisage la suite.

L'intérêt de cette catégorisation vient du fait quelle a émergée spontanément à partir des entretiens et de leur transformation en comptes-rendus. On peut donc supposer que ces 3 catégories sont issues d'une logique spontanée de la conversation sur le sujet de la recherche et de son d'organisation en comptes-rendus.

#### **Contenu :**

- la plupart des participants sont peu informés au sujet de la transformation,
- perception d'une forme de transfert de la 2<sup>e</sup> à la 1<sup>re</sup> ligne,
- la santé mentale comme aspect intégral de la pratique médicale en 1<sup>re</sup> ligne,
- l'importance du soutien par les psychiatres,
- l'inquiétude d'un possible transfert inapproprié ou excessif,
- les particularités de la psychiatrie et de la santé mentale,
- des avis partagés sur le besoin de restructuration,
- la pénurie d'effectifs,
- l'ouverture à l'ajout de services et à la collaboration,
- la surprise au sujet du manque d'intégration et d'un désinvestissement possible,
- l'importance de la formation médicale continue,
- la présence du doute quant à la faisabilité de la transformation,
- les besoins théoriquement infinis en santé mentale.

**Résultats intermédiaires :****Catégories par regroupement de codes selon le sujet**

(nombre de codes totaux dans chaque groupe entre parenthèses)

1. Catégorie besoins (84 codes « besoins- »),
2. Catégorie collaboration (67 codes « collaboration- »),
3. Catégorie communication (24 codes « communication- »),
4. Catégorie connaissances (48 codes « connaissances- »),
5. Catégorie équipe (23 codes « équipe- »),
6. Catégorie équipe de santé mentale de 1<sup>re</sup> ligne en CSSS  
(119 codes « équipe PASM- »),
7. Catégorie équipe santé mentale (44 codes « équipe santé mentale- »),
8. Catégorie manque d'effectif (38 codes « manque d'effectifs- »),
9. Catégorie MD1 (233 codes « MD1- »),
10. Catégorie nature de la santé mentale (86 codes « nature de la santé mentale- »),
11. Catégorie participant dépassé (42 codes « participant dépassé- »),
12. Catégorie psychiatre répondant (36 codes « psychiatre répondant- »),
13. Catégorie consultation en psychiatrie  
(72 codes « service de consultation en psychiatrie- »),
14. Catégorie transformation (214 codes « transformation- »),
15. Catégorie 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> ligne (6 codes « 1<sup>re</sup> ligne- » et 24 codes « 2<sup>e</sup> ligne- »),
16. Catégorie organisation  
(87 codes avec 15 débuts de codes différents),
17. Catégorie pratique (141 codes, avec 19 débuts de codes différents),
18. Catégorie information (23 codes « PASM- » et 40 codes « sources d'info- »),
19. Catégorie codes-restants (52 codes avec 9 débuts de codes différents)