

Université de Montréal

Profil de pratique des médecins omnipraticiens
en santé mentale au Québec

Par
Armelle IMBOUA

Département d'administration des services de santé
Faculté de médecine

Mémoire présenté à la faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de maîtrise
en administration des services de santé
option analyse et évaluation

Juin, 2008

© Armelle IMBOUA

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :
Profil de pratique des médecins omnipraticiens en santé mentale au Québec

Présenté par
Armelle IMBOUA

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Lambert Farand
Président-rapporteur

Marie-Josée Fleury
Directeur de recherche

Paul Lamarche
Codirecteur

Denise Aubé
Membre du jury

RÉSUMÉ

Au Québec, face à la prévalence élevée des problèmes de santé mentale et à la pénurie de médecins psychiatres, le médecin omnipraticien (MO) occupe une place primordiale dans la prise en charge et le suivi des soins de santé mentale.

Dans le contexte de réforme du système de santé mentale axée sur un renforcement de la collaboration entre les MO, les psychiatres et les équipes de santé mentale, notre étude vise à mieux comprendre la pratique clinique et la pratique collaborative développée par les MO, leur appréciation des outils de travail et de la qualité des services de santé mentale, dans le but d'améliorer la complémentarité des soins au niveau primaire.

Cette étude transversale impliquait 1415 MO de neuf territoires de centre de santé et de services sociaux (CSSS) du Québec. L'échantillon final était constitué de 398 MO représentatifs de lieux de pratique diversifiés et le taux de réponse était de 41%.

Nos résultats mettent en évidence que la pratique clinique et la pratique collaborative des MO diffère selon le degré de gravité des problèmes de santé mentale des patients rencontrés, c'est à dire, trouble transitoire/modéré de santé mentale (TTM.SM) ou trouble grave de santé mentale (TG.SM), et que les MO sont favorables au fait de travailler en collaboration avec les autres professionnels de la santé mentale.

Ainsi, il apparaît important de renforcer l'accessibilité des MO aux professionnels de la santé mentale, particulièrement les psychiatres, et de les informer de l'existence des autres acteurs en santé mentale sur leur territoire, pour renforcer la collaboration et la qualité des soins primaires de santé mentale.

Mots clés : Médecins omnipraticiens, santé mentale, soins primaires, troubles graves, troubles transitoires/modérés, collaboration, soins partagés.

ABSTRACT

In Quebec, considering the high prevalence rate of mental health disorder and the scarcity of psychiatrists, general practitioners (GPs) hold an important role in the management and the follow-up of mental health care.

In the context of the ongoing mental health system reform aimed at reinforcing collaboration between GPs, psychiatrists and mental health teams, our objectives are to have a better understanding of clinical practice and collaborative practice, developed by GP and their assessment of working tools and quality of mental health services, in order to improve the complementarity of primary mental health care.

The study was carried out using a cross-sectional design, involving 1415 GPs from nine Quebec territories. The final sample included 398 GPs, representing diverse practice places, and the response rate was 41%.

The study highlighted that GPs have different clinical and collaboration practices according to the seriousness of mental disorder patients seen, i.e. transient and moderate mental disorder (TMMD) or serious and permanent mental disorder (SPMD); and GPs strongly support care coordination efforts with all mental health professionals.

Therefore, it appears important to reinforce GP accessibility to other mental health professionals, particularly psychiatrists, and to inform them on the presence of all actors in mental health in their territory, in order to develop collaboration and quality of primary mental healthcare.

Keys words: General practitioners, mental health, primary care, serious/persistent trouble, transitory/moderate trouble, collaboration, shared-care.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	I
ABSTRACT	II
TABLE DES MATIÈRES	III
LISTE DES TABLEAUX	V
LISTE DES FIGURES	VI
LISTE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS	VII
DÉDICACE	IX
REMERCIEMENTS	X
CHAPITRE 1. INTRODUCTION	1
PROBLÉMATIQUE	2
1.1. PRÉVALENCE DE LA MALADIE MENTALE	2
1.2. RÔLE IMPORTANT DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS ET CONTEXTE DE RÉFORME EN SANTÉ MENTALE	3
1.3. ÉTUDES SUR LES MÉDECINS OMNIPRATICIENS EN SANTÉ MENTALE AU QUÉBEC 4	4
CHAPITRE 2. REVUE DE LITTÉRATURE	6
REVUE DE LITTÉRATURE	7
2.1. CONTEXTE DES RÉFORMES DU SYSTÈME DE SANTÉ MENTALE ET ORGANISATION ACTUELLE DU SYSTÈME DE SANTÉ MENTALE	7
2.1.1. DE LA POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE AU MODÈLE DE SOINS PARTAGÉS	7
2.1.2. LES MODÈLES DE SOINS PARTAGÉS DÉVELOPPÉS EN SANTÉ MENTALE.....	8
2.1.3. L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ MENTALE AU NIVEAU DE LA PREMIÈRE LIGNE : SOINS SPÉCIALISÉS/ SOINS PRIMAIRES	10
2.2. LE PROFIL DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS AU QUÉBEC	14
2.2.1. LE PROFIL SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE ET DE PRATIQUE DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ.....	14
2.2.2. LA PRATIQUE CLINIQUE ET LA PRATIQUE COLLABORATIVE DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS EN SANTÉ MENTALE	15
OBJECTIFS DE LA RECHERCHE	20
CHAPITRE 3. MÉTHODOLOGIE	21
MÉTHODOLOGIE	22
3.1. DEVIS DE LA RECHERCHE	22
3.2. POPULATION À L'ÉTUDE	22
3.3. INSTRUMENT DE MESURE ET PROCÉDURE DE COLLECTE DES DONNÉES	23
3.4 TAUX DE RÉPONSE ET ÉCHANTILLON FINAL	28
3.5. ANALYSE DES DONNÉES	28
CHAPITRE 4. RÉSULTATS	29
RÉSULTATS	30

4.1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS.....	30
4.2. LES CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS DESSERVIS	34
4.3. LA PRATIQUE CLINIQUE DES MO EN SANTÉ MENTALE	34
4.4. LA COLLABORATION INTER-PROFESSIONNELLE ET INTER-ORGANISATIONNELLE	37
4.5. L'APPRÉCIATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE.....	42
4.6. LES STRATÉGIES DE COLLABORATION À PROMOUVOIR	43
CHAPITRE 5. DISCUSSION.....	45
DISCUSSION.....	46
5.1. RÔLE IMPORTANT DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS EN SANTÉ MENTALE.....	46
5.2. PROFIL DE PRATIQUE CLINIQUE « TRADITIONNEL » DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS EN SANTÉ MENTALE	48
5.3. PRATIQUE EN SILO DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS	49
5.4. DEUX PATTERNS DE COLLABORATION DÉVELOPPÉS PAR LES MÉDECINS OMNIPRATICIENS EN SANTÉ MENTALE	52
5.5. LES MÉDECINS OMNIPRATICIENS SOUTIENNENT LA PRATIQUE DE COLLABORATION AVEC LES AUTRES INTERVENANTS EN SANTÉ MENTALE	54
5.6. PORTRAIT DE LA PRATIQUE DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS EN SANTÉ MENTALE	55
5.7. LIMITES ET FORCES DE L'ÉTUDE	58
CONCLUSION	60
RÉFÉRENCES	63
ANNEXE 1 : ACCORD DES COAUTEURS ET PERMISSION DE L'ÉDITEUR.....	XI
ANNEXE 2 : ARTICLE DE JOURNAL	XIII
PRATIQUES ET INTÉGRATION DES SOINS DE SANTÉ MENTALE PAR LES MÉDECINS OMNIPRATICIENS AU QUÉBEC.....	XIII
ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE	XXXIV
ANNEXE 4 : APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE L'HÔPITAL DOUGLAS.....	XLVIII

LISTE DES TABLEAUX

Manuscrit

TABLEAU I : COMPARAISON ENTRE LES MO DE NOTRE ÉCHANTILLON ET CEUX DE LA POPULATION TOTALE DES MO DU QUÉBEC.....	32
TABLEAU II : ACQUIS REÇUS DE CES FORMATIONS MÉDICALES CONTINUES EN SANTÉ MENTALE	33
TABLEAU III : CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS DESSERVIS PAR LES OMNIPRATICIENS EN SANTÉ MENTALE	34
TABLEAU IV : APPRÉCIATION DES OUTILS DE TRAVAIL LORSQU’ILS SUIVENT UN PATIENT AVEC UN AUTRE PROFESSIONNEL.....	36
TABLEAU V : IMPLICATION LORS DE L’HOSPITALISATION D’UN DE LEUR PATIENT	37
TABLEAU VI : POURCENTAGE DE PATIENTS RÉFÉRÉS ET RESSOURCES VERS LESQUELLES SE FONT LES RÉFÉRENCES	38
TABLEAU VII : MOTIFS DES RÉFÉRENCES DES PATIENTS	39
TABLEAU VIII : FRÉQUENCE DES CONTACTS DES MO AVEC LES AUTRES PROFESSIONNELS	40
TABLEAU IX : IMPORTANCE ACCORDÉE À LA COLLABORATION AVEC LES RESSOURCES EN SANTÉ MENTALE	41
TABLEAU X : DEGRÉ DE SATISFACTION DE LEUR RELATION AVEC LE PERSONNEL DES RESSOURCES DE SANTÉ MENTALE SUIVANTES.....	42
TABLEAU XI : CONTINUITÉ DES SOINS ET FACILITÉ D’ACCÈS AUX PROFESSIONNELS DU TERRITOIRE.....	44
TABLEAU XII : ACCÈS À UN PSYCHIATRE POUR DES CONSULTATIONS.....	44

Journal article

TABLEAU I : PROFIL SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE ET DE PRATIQUE CLINIQUE DES MO.....	XXV
TABLEAU II : POURCENTAGE DES CAS DE SANTÉ MENTALE RÉFÉRÉS PAR LES MO AUX AUTRES RESSOURCES DE SANTÉ MENTALE.....	XXVI
TABLEAU III : MOTIFS DE RÉFÉRENCES DES CAS DE SANTÉ MENTALE RENCONTRÉS EFFECTUÉS SOUVENT/À L’OCCASION PAR LES MO.....	XXVII
TABLEAU IV : FRÉQUENCE DES CONTACTS DES MO AVEC LES AUTRES PROFESSIONNELS.....	XXVIII
TABLEAU V : POURCENTAGE DES MO IMPLIQUÉS À L’OCCASION/SOUVENT LORS DE L’HOSPITALISATION DE LEUR PATIENT.....	XXVIII
TABLEAU VI : STRATÉGIES DE COLLABORATION PRIVILÉGIÉES PAR LES MO.....	XXIX

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1: PORTRAIT DE LA PRATIQUE DES MO POUR LES TG.SM	56
FIGURE 2 : PORTRAIT DE LA PRATIQUE DES MO POUR LES TTM.SM	57

LISTE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS

AMP	: Activités médicales particulières
ANOVA	: Analyse of variance
CAU	: Centre affilié universitaire
CH	: Centre hospitalier
CHSCD	: Centre hospitalier de soins de courte durée
CHSLD	: Centre hospitalier de soins de longue durée
CHSGS	: Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHPSY	: Centre hospitalier psychiatrique
CHU	: Centre hospitalier universitaire
CLSC	: Centre local de services communautaires
CMQ	: Collège des médecins du Québec
CR	: Cliniques-réseau
CSSS	: Centre de santé et de services sociaux
DSP	: Direction des services professionnels
ESCC	: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
ETP	: Équivalent temps plein
FMC	: Formation médicale continue
FMOQ	: Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
GMF	: Groupe de médecine familiale
HEN	: Health evidence network
ICCSM	: Initiative canadienne de collaboration en santé mentale
MO	: Médecin omnipraticien
MSSS	: Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	: Organisation mondiale de la santé
PASM	: Plan d'action en santé mentale
PEC	: Prise en charge
PROS	: Plan régional d'organisation des services
RAMQ	: Régie de l'assurance maladie du Québec
RDV	: Rendez-vous

RUIS : Réseau universitaire intégré de soins

SM : Santé mentale

TGSM : Trouble grave de santé mentale

TTMSM : Trouble transitoire/modéré de santé mentale

TSM : Trouble de santé mentale

UMF : Unité de médecine familiale

DÉDICACE

Je dédie ce travail à mon premier enfant, Odélia Taly Guissi. Ton existence et l'attente de ta venue m'ont fournie l'énergie et le courage nécessaire pour achever ce mémoire. Ton papa et moi avons hâte de te prendre dans nos bras; tu seras une merveille pour nous.

Ta maman qui t'aime.

REMERCIEMENTS

Mes sincères remerciements vont à l'endroit de ma directrice de mémoire, Madame Marie-Josée Fleury, qui m'a guidée et soutenue tout au long de ce travail. Ce fut un réel plaisir de travailler, d'apprendre à tes côtés, de découvrir et de bénéficier de ton humanisme, l'une de tes grandes qualités. J'ose croire que le chemin que nous avons pris ensemble se poursuivra encore quelques années.

Je tiens aussi à remercier Monsieur Paul Lamarche, mon co-directeur qui n'a ménagé aucun effort à chaque fois que j'ai eu à le solliciter. Vous avez su me prodiguer de judicieux conseils afin de m'orienter et me pousser plus loin dans mes réflexions. Merci pour votre disponibilité.

Je voudrais aussi remercier mes amis et collègues de la division psychosociale, Youcef Ouadahi, Jean-Marie Bamvita, Guy Grenier, André N'gui, Annie Jaimes, Rocio Belnalcazar, Serge Charlebois, Karen Brenner, Monette Zecius, Madeleine Varlet d'Almeida qui ont chacun et chacune, de loin ou de près, contribué à la réalisation de ce manuscrit.

J'ai une pensée toute spéciale pour mes parents, Mr et Mme Kouamé, Mr et Mme d'Almeida pour leur soutien indéfectible. Je n'oublie pas mes amis (es) et compatriotes.

Je terminerai par toi, Guillaume pour qui j'ai toujours été la priorité des priorités depuis mon arrivée à Montréal. Je te suis entièrement reconnaissante; merci pour tout le bonheur que tu m'offres.

CHAPITRE 1. INTRODUCTION

Chapitre 1 : Introduction

Ce chapitre nous donne un bref aperçu de la prévalence des maladies mentales au sein de la population et de la place qu'occupent les MO dans la dispensation des soins de santé mentale au niveau de la première ligne. Il se termine par l'explication de la nécessité d'explorer la pratique des MO en santé mentale dans le contexte actuel de réforme du système de santé mentale et la présentation de nos objectifs.

Problématique

1.1. Prévalence de la maladie mentale

La gestion des problèmes de santé mentale est un enjeu important de santé publique. Dans les pays à revenu élevé, les problèmes de santé mentale occupent parmi les problèmes de santé une place de plus en plus importante. En 1998, ils représentaient 23% des années de vie vécues avec incapacité par rapport à 15% en 1990 [1]. En 2001, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la prévalence de l'ensemble des affections neuropsychiatriques était d'environ 10% chez les adultes, et quatre maladies mentales (dépression majeure, trouble bipolaire, schizophrénie et trouble obsessionnel-compulsif) figuraient parmi les dix principales causes d'incapacité dans le monde. De plus, il est estimé que les troubles mentaux et les troubles du comportement représentent 12 à 15% de la charge globale de morbidité, et se situent au 2^e rang sur le plan du fardeau de la maladie (15,4 années de vie perdues en raison d'une mort prématurée ou vécues avec une incapacité), après les maladies cardio-vasculaires (18,6 années perdues), et devant les divers formes de cancer réunis [2, 3]. Dans le cours d'une année, la prévalence des troubles de santé mentale dans la communauté canadienne se situe entre 13 et 30% [4]. L'Enquête sur la Santé dans les Collectivités Canadiennes (ESCC, cycle 1.2), réalisée auprès de 36 984 canadiens entre mai et décembre 2002, révèle que 10,4% de la population (2,6 millions) âgée de 15 ans et plus, déclare avoir éprouvé des symptômes correspondant à des maladies mentales ou à des troubles liés à la consommation de substances psychoactives au cours d'une année [5]. Dans la province du Québec, il ressort aussi que 10% des Québécois ont été affectés par au moins un trouble de santé mentale ou une dépendance à une substance (alcool ou substances illicites) au cours d'une période de 12 mois et que 10,7% de la population a eu recours à

des services pour leur santé mentale. Parmi les troubles de santé mentale mesurés, les épisodes dépressifs et anxieux étaient les plus fréquents. [6, 7].

À la souffrance individuelle, s'ajoute le fardeau économique annuel lié à la détresse psychologique qui s'élève à 14,4 milliards de dollars au Canada selon l'étude de Stephens et coll. qui se base sur les données de Santé Canada (1993) et sur l'Enquête National sur la santé des Populations (1996-1997) [8, 9].

1.2. Rôle important des médecins omnipraticiens et contexte de réforme en santé mentale

Le tiers des rendez-vous des médecins omnipraticiens (MO) au Canada concernent un problème de santé mentale, et 45% des personnes ayant un trouble mental reçoivent des soins de santé mentale de leur MO, souvent sans avoir recours à d'autres distributeurs de soins, tandis que 25% consultent un psychiatre et 23% un psychologue [6, 10, 11]. Dans le cadre de l'offre des services de santé mentale, le MO se positionne donc comme le professionnel le plus souvent consulté pour des problèmes de santé mentale. Parmi les cas de santé mentale pris en charge par les MO, la dépression et l'anxiété sont les diagnostics prédominants [12, 13]. C'est dans un tel contexte que s'opèrent de grandes transformations dans l'organisation de l'ensemble du système de santé du Québec en vue de consolider les soins primaires.

La réforme en cours au Québec, initiée par le projet de Loi 83 (MSSS, 2005), vient en effet soutenir le renforcement des soins primaires et l'intégration des services avec la création au niveau local de 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS). Ceux-ci résultent du regroupement d'un ou plusieurs centres locaux de services communautaires (CLSC), de centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD) et selon les cas, de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS), ils détiennent une responsabilité populationnelle pour le territoire qu'ils desservent et sont responsables de la définition de projet clinique et organisationnel pour ce territoire. C'est dans le cadre de cette restructuration du réseau de la santé et des services sociaux que se réalise parallèlement la transformation de l'offre de services de santé mentale par le MSSS, avec la mise en œuvre du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* (PASM). L'une des grandes orientations du PASM est la hiérarchisation des services de santé mentale. Cette hiérarchisation consiste à développer prioritairement les services de

première ligne¹ en santé mentale et à assurer leur arrimage avec les services de deuxième et troisième lignes dans le réseau de services de santé mentale [14]. Le modèle préconisé par le PASM est en quelque sorte un combiné des trois modèles décrits plus haut retrouvés dans la littérature.

1.3. Études sur les médecins omnipraticiens en santé mentale au Québec

Au Québec, certains travaux² ont permis : 1) de mieux connaître les problèmes de santé mentale présents au sein de la population et les modes d'organisation de services les plus efficaces, 2) de déterminer quelles sont les approches cliniques appropriées et de mesurer les effets des actions réalisées. Cependant, il existe peu d'informations quant à la prise en charge par les MO des patients souffrant de troubles grave de santé mentale [15-19], et très souvent la distinction n'est pas faite dans la littérature entre la prise en charge des troubles graves et celles des troubles transitoires/modérés de santé mentale [20-23]. Les troubles graves comprennent ici les psychoses, comme la schizophrénie et les troubles bipolaires qui affectent 2-3% de la population [24], et les troubles transitoires/modérés de santé mentale regroupent ici les troubles plus communs tels que la dépression, les troubles anxieux, les troubles de l'adaptation, les troubles de la personnalité et d'abus de substance (11-27% par année). Par ailleurs, peu d'études se sont intéressées à la pratique clinique et à la pratique collaborative³ des MO en santé mentale. Nous ignorons comment et dans quelle proportion les MO prennent en charge les différents types de problèmes de santé mentale qu'ils rencontrent, quels sont les partenaires et les différents mécanismes de soutien dont ils disposent et ceux qu'ils privilégient dans le cadre de leur collaboration⁴ avec les autres professionnels en santé mentale [4, 25-28].

¹ Les termes de première ligne et soins primaires seront utilisés indifféremment dans ce mémoire

² Nous nous référons aux travaux du Comité de la santé mentale du Québec, à ceux du groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale, incluant le Forum sur la santé mentale de septembre 2000 et aux travaux du Comité d'expert sur l'organisation des services en santé.

³ Le sens dans lequel on emploie les termes de pratique clinique et pratique collaborative est détaillé dans la section méthodologie aux pages 25 et 26.

⁴ Les soins en collaboration impliquent que des intervenants de différentes spécialités, disciplines ou secteurs travaillent ensemble pour offrir des services complémentaires. (Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, www.ccmhi.ca).

Ainsi, vue la prévalence élevée des problèmes de santé mentale au sein de la population et la place primordiale qu'occupent les MO dans la dispensation des soins de santé mentale au niveau de la première ligne, notre étude vise à :

1. Établir le profil socio-démographique des MO;
2. Décrire la proportion des troubles transitoires/modérés et des troubles graves de santé mentale rencontrés chez les patients par les MO au sein de leur pratique quotidienne;
3. Exposer les pratiques cliniques et les pratiques collaboratives établies par les MO avec les autres acteurs du réseau local, les services spécialisés (psychiatres et psychologues), et décrire leur appréciation de la qualité des services offerts par les partenaires sollicités;
4. Dresser à partir de nos observations un portrait des pratiques cliniques et des pratiques collaboratives des MO en santé mentale et formuler des recommandations en vue de supporter les MO dans leur pratique et de soutenir la réforme en cours.

CHAPITRE 2. REVUE DE LITTÉRATURE

Chapitre 2 : Revue de littérature – Objectifs spécifiques

Ce chapitre présente tout d'abord le contexte de réforme en cours dans le système de santé et son organisation actuelle, puis donne une vue d'ensemble de l'information disponible dans la littérature par rapport aux caractéristiques socio-démographiques, les pratiques cliniques et les pratiques collaboratives des MO en santé mentale. Aussi, après avoir discuté de la pertinence de l'étude, nous ferons un rappel des objectifs poursuivis.

Revue de littérature

2.1. Contexte des réformes du système de santé mentale et organisation actuelle du système de santé mentale

2.1.1. De la Politique de santé mentale au modèle de soins partagés

Au cours des dernières décennies, le secteur de la santé mentale a fait l'objet de réformes, de politiques et de processus de décentralisation. En 1989, *la Politique de santé mentale* (PSM) du gouvernement du Québec précisa la nécessité d'ajuster l'organisation des services de façon à mieux soutenir les personnes atteintes de troubles mentaux dans leur milieu de vie. Les plans régionaux d'organisation des services (PROS), implantés entre 1989 et 1998, visent à opérationnaliser la PSM dans les régions socio-sanitaires du Québec, et constituent le premier exercice majeur de réorganisation des services en vue de mieux intégrer les différents dispositifs de soins de santé mentale [29]. Cependant, au milieu des années 1990, devant l'échec relatif des efforts pour accentuer la collaboration entre les divers partenaires et pour offrir des services continus principalement dans la communauté, les objectifs mis de l'avant dans la PSM sont progressivement reformulés en termes « d'intégration des services » au niveau de réseaux locaux de services à travers le premier *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale* (1998-2002) [30-32]. Ainsi, à la fin des années 1990, l'intégration des réseaux locaux de services de santé mentale est préconisée pour réformer le système de santé mentale, afin d'assurer un continuum de soins (accessibilité et continuité des services), de limiter la fragmentation et la duplication des services (globalité des services) et de satisfaire les besoins des personnes atteintes de troubles graves de santé mentale ainsi que leurs proches (réactivité) de manière la plus appropriée

et la plus efficace. Plusieurs documents ministériels témoignent de cette orientation [30, 33-35], mais on se heurte à la difficulté d'implantation de ces réformes.

C'est en novembre 2005 avec l'adoption du projet de Loi n° 83, en vue de modifier la Loi sur les services de santé et les services sociaux et autres dispositions législatives, que le mode d'organisation des services de santé en réseau a été officialisé. Cette loi est à l'origine d'une restructuration importante de la gouvernance du système socio-sanitaire, mais elle s'appuie sur les réformes antérieures. Le présent *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* (PASM) respecte les fondements de ce projet de loi 83, lequel met l'accent sur : 1) l'intégration du système de santé grâce à une clarification des responsabilités des différents intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, 2) une meilleure circulation de l'information qui favorisera le travail d'équipe et le partage des connaissances. Le PASM 2005-2010 se distingue du premier plan d'action en santé mentale (1998-2002) : il met l'accent sur la dispensation de soins de santé mentale au niveau primaire précisément pour les troubles transitoires/modérés de santé mentale; il vise le renforcement de la collaboration entre les différents intervenants en santé mentale, spécifiquement les MO et leurs partenaires en santé mentale [36]. Ainsi, le PASM 2005-2010 décrit un modèle d'organisation des soins de santé mentale dans lequel l'accent est mis sur le renforcement de l'accessibilité aux soins primaires de santé mentale à travers une collaboration interdisciplinaire : il s'agit d'un modèle de soins partagés en santé mentale visant à coordonner les services généraux et spécialisés en santé mentale. Il existe plusieurs façons selon lesquelles les soins partagés peuvent être établis. Dans son rapport sur les meilleures pratiques pour des soins de santé mentale axés sur la collaboration, l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM) définit pour sa part les soins partagés comme « des soins qui impliquent des prestataires de différentes spécialités, disciplines ou secteurs qui travaillent ensemble pour offrir des services complémentaires et du soutien mutuel, pour assurer que les individus reçoivent le service le plus approprié, dans l'endroit le plus convenable, le plus rapidement possible et avec un minimum d'obstacles » [37].

2.1.2. Les modèles de soins partagés développés en santé mentale

Dans la littérature, plusieurs modèles de soins partagés ont été recensés. Ces modèles se distinguent par la densité des liens associant les prestataires des soins et les

MO, les types et la durée des services offerts, et le niveau d'intégration de l'ensemble du dispositif de soin dans le réseau local [38-41]. En général, trois principaux modèles sont relevés. Le modèle du « virage ambulatoire » est un modèle dans lequel le psychiatre traite dans la communauté (en clinique externe) plutôt qu'en milieu hospitalier. Le « modèle de coordination/consultation » représente un modèle où le psychiatre se rend à des intervalles réguliers au cabinet du MO; il ne prévoit que des discussions de cas ou des services-conseils. Dans le « modèle d'accompagnement/de liaison », un ou plusieurs professionnels en santé mentale sont intégrés pleinement à l'équipe de soins primaires; on y offre la consultation, la prise en charge de courte durée ou le suivi continu et les soins de maintien à la clientèle.

Ces modèles de soins partagés ont été développés dans le cadre de la prestation des soins de santé mentale en milieu primaire et continuent de faire l'objet d'études dans divers pays. Ces modèles proviennent de l'Australie, du Royaume-Uni et du Canada (Ontario). Les articles de Kates et coll. et de Midgley et coll., présentent des programmes offrant aux médecins de famille la possibilité d'entreprendre des discussions de cas à intervalles réguliers [42, 43]. Dans le modèle de coordination/consultation, décrit par Meadows en Australie, et celui de la Grande-Bretagne décrit par Wilkinson et coll, la particularité réside dans le fait qu'il est aussi prévu un transfert des patients stables de l'hôpital vers le milieu de soins primaires où ils sont pris en charge [44, 45].

Au Québec, l'approche privilégiée par le MSSS dans le cadre de l'implantation du PASM est : 1) la création d'une équipe de santé mentale au niveau de la première ligne dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS), constituée par des médecins et des intervenants psychosociaux pour la dispensation de soins à la clientèle; 2) l'instauration de la fonction de « psychiatres répondants » travaillant au sein de ces établissements de soins primaires de santé mentale; 3) la mise en place d'un guichet d'accès pour l'évaluation des patients par l'équipe de première ligne. Ce modèle préconisé par PASM semble plus complet, car il semble intégrer les composantes des trois principaux modèles de soins partagés retrouvés dans la littérature. Le MSSS vise

aussi à mieux hiérarchiser⁵ les services de santé mentale, et prévoit renforcer la première ligne, grâce au transfert du tiers des ressources de la deuxième et de la troisième ligne au niveau de la première ligne [14]. En effet, l'équipe de santé mentale de première ligne en CSSS devrait agir en continuité avec les services de première ligne existants dispensés par les MO travaillant sur le territoire du CSSS. Cette équipe s'adresse aux patients dont le trouble mental ne peut être traité essentiellement par le MO, à ceux qui n'ont pas de MO ou de pédiatre (enfant de moins de 16 ans), mais aussi aux personnes ayant des troubles mentaux graves dont la condition est stabilisée. L'équipe de santé mentale de la première ligne est également la voie d'accès privilégiée aux services de deuxième et troisième ligne.

L'expertise des psychiatres est mise à profit puisqu'il est prévu qu'ils offrent des services de consultation, de soutien ou de formation aux équipes de soins primaires. Le psychiatre répondant d'un territoire local, est dans ce modèle, l'interlocuteur privilégié des intervenants de l'équipe de santé mentale de première ligne et des MO du territoire du CSSS qui ont besoin de l'avis d'un spécialiste. Ce dernier échangera et donnera des avis sur une variété de problèmes psychiatriques qui requièrent une expertise spécialisée (conseil et soutien), mais dans certains cas, le psychiatre répondant offrira le traitement. Il est estimé que ce rôle de « psychiatres répondants » occupera 20% des activités cliniques des psychiatres d'un département de psychiatrie, soit le double des activités dévolues à ce rôle actuellement [46].

2.1.3. L'organisation du système de soins de santé mentale au niveau de la première ligne : soins spécialisés/ soins primaires

Les réformes de l'organisation du système de santé en vue de favoriser un meilleur accès à des soins de qualité fournis de manière plus continue et plus efficiente repose sur une meilleure intégration des soins et une utilisation judicieuse des ressources humaines. Or, il est établi de façon consensuelle par les acteurs du système de santé que le succès de ces deux stratégies repose en bonne partie sur la capacité à modifier les pratiques professionnelles actuelles [47-49]. L'implantation des groupes de médecine

⁵ Le concept de hiérarchisation des soins de santé mentale se traduit par le développement des services de première ligne en santé mentale, en assurant leur arrimage avec les services de deuxième et troisième lignes dans le réseau de services de santé mentale.

familiale (GMF) et des cliniques-réseaux (CR) (137 GMF au Québec et 18 CR principalement à Montréal en 2008), enclenchée depuis 2002, est l'une des pierres d'assise de la présente réforme, car elle reprend les éléments d'accessibilité accrue, d'équipes multidisciplinaires et de technologies de l'information [50]. Elle tient compte aussi des récentes modifications apportées par le Québec à ses Lois (Loi 90, Loi 50, Loi 83) régissant les professions de la santé et l'organisation du système de santé en vue de favoriser la transformation de la pratique médicale et la collaboration inter-professionnelle dans les 95 réseaux locaux [51-54]. En effet, avec la Loi 90, une plus large place a été faite à la complémentarité et à l'interdisciplinarité dans l'exercice de la profession médicale en ciblant une meilleure intégration des soins de santé mentale aux soins primaires.

Les soins primaires sont définis par l'OMS: « as essential health based on practical, scientifically sound, and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and their families » [55]. Pour Starfield, les soins de santé primaires sont définis comme: « the provision of first contact, person-focused ongoing care over time that meets the health-related needs of people, referring only those too uncommon to maintain competence, and coordinated care when people receive services at other level of care » [56]. Selon Doggett, il n'existe pas d'accord sur la définition des soins primaires, mais il y a un sens commun entre les différentes définitions dans la littérature. Ces définitions focalisent généralement sur les caractéristiques spécifiques des soins primaires (souvent en opposition avec les soins hospitaliers/spécialisés) en rapport avec les points suivants : le type de soins dispensés (soins non spécialisés), les personnes dispensant les soins et les activités spécifiques ou les buts impliqués et les valeurs ou l'idéologie mises de l'avant [57]. En général, les soins primaires font appel aux omnipraticiens qui sont plus à même d'offrir des soins globaux aux patients, ces soins permettent une meilleure gestion des maladies chroniques, plus de continuité des soins, un meilleur accent sur la santé populationnelle et une meilleure accessibilité (économique, géographique et culturelle). Aussi, à travers une revue systématique de littérature comparant les soins primaires aux soins spécialisés Engström et coll. ont mis en évidence que les soins primaires contribuent à un meilleur

état de santé de la population grâce à une prise en charge de qualité des maladies et à un coût moindre pour le système de santé [58].

L'intégration des soins de santé mentale aux soins primaires est décrite dans le rapport synthèse sur les soins de santé mentale de proximité du Health Evidence Network⁶ (HEN), comme un modèle de soins et de services équilibrés (*Balanced care model*) qui met l'accent sur la provision de services dans un milieu communautaire normalisant, à proximité de la population desservie, alors que les séjours hospitaliers sont les plus courts possibles, disponibles sans délai et seulement lorsqu'il s'avèrent nécessaires [59]. D'autres auteurs ont eu à définir cette approche [60, 61], mais dans l'ensemble des définitions, l'accent est mis sur la dispensation majoritaire des soins dans la communauté afin de favoriser l'accessibilité et la continuité des soins. Les raisons et les avantages de cette approche sont décrits dans les écrits par plusieurs auteurs [60-64]. L'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM), présente ces avantages par rapport à l'utilisateur, les prestataires de soins et le système de santé global [65]. Chez les usagers, l'intégration des soins de santé mentale aux soins de santé primaire permet : 1) de traiter en un seul endroit de nombreux aspects des troubles dont souffrent les usagers dans une approche biopsychosociale; 2) d'accéder aux soins dans un milieu non stigmatisant; 3) de bénéficier d'une qualité des soins et de résultats thérapeutiques meilleurs. Il s'agit ici de rapprocher les services de la communauté. Les avantages pour les prestataires de soins sont précisés en termes : 1) d'allègement du fardeau de travail grâce à la hiérarchisation des niveaux de services, 2) d'augmentation de la satisfaction au travail et 3) d'amélioration de l'utilisation des compétences. Pour le système de santé globale, l'intégration des soins de santé mentale aux soins de santé primaire est un moyen d'optimiser l'accès aux soins de santé mentale de la population en général et d'agir sur une base populationnelle, aussi, les possibilités de faire de la prévention sont accrues. En effet, le renforcement de l'accessibilité permettra d'amoinrir les obstacles perçus entre les soins primaires et les soins spécialisés de santé mentale en favorisant la parité réelle entre les traitements des troubles mentaux et le traitement d'autres problèmes physiques de santé, ce qui aboutira à une prise en charge

⁶ Le réseau HEN (Health Evidence Network) coordonné par le bureau régional d'Europe de l'OMS, est un service d'information pour les décideurs dans les domaines de la santé publique et les services de santé de la région de l'Europe de l'OMS.

de la santé globale de la personne au niveau de la première ligne. C'est dans cette mouvance que le PASM 2005-2010 s'inscrit.

Ainsi, dans le PASM, le MSSS propose une hiérarchisation des services en trois niveaux, en cohérence avec la réforme en cours du système de santé et des services sociaux (Projet de Loi 83) [14]. Les services de première ligne incluent les services généraux offerts à toute la population dont les services de première ligne destinés aux usagers ayant un problème de santé mentale. Ces services sont offerts par les CSSS, les cliniques médicales, les groupes de médecine familiale (GMF), les psychologues en milieu scolaire ou en cabinet privé, certains organismes communautaires, et pour les cas urgents, par les urgences hospitalières. Les services de deuxième ligne soutiennent les services de première ligne et font appel à une expertise spécialisée. Ils comprennent : l'évaluation et le traitement spécialisés, l'hospitalisation et le suivi intensif. Ils sont offerts par les CSSS, par certains organismes communautaires et par tous les centres hospitaliers qui offrent des soins psychiatriques. Les services de troisième ligne soutiennent la première et la deuxième ligne. Ils sont identifiés par les réseaux universitaires intégrés de soins (RUIS) qui correspondent au palier supra régional de dispensation des soins, et qui doivent orchestrer les soins surspécialisés, la planification de la main d'œuvre médicale, l'enseignement, la recherche et l'évaluation des technologies de la santé. Les services de troisième ligne sont aussi offerts par certains centres hospitaliers affiliés aux réseaux universitaires : centres hospitaliers universitaires (CHU), centres affiliés universitaires (CAU) et centres hospitaliers psychiatriques (CHPSY). Le grand nombre de fournisseurs et les niveaux de prestation de soins de santé mentale expliquent la difficulté d'implanter la réforme compte tenu des besoins d'arrimage entre les soins primaires et les soins spécialisés. La formule des soins partagés est perçue comme une solution afin d'arrimer les principaux acteurs au niveau des lignes de service. Mais que savons-nous de la pratique des omnipraticiens d'une façon générale et précisément en santé mentale?

2.2. Le profil des médecins omnipraticiens au Québec

2.2.1. Le profil socio-démographique et de pratique des médecins omnipraticiens dans le système de santé

Entre 2005-2006, 7 641 MO ont été recensés au Québec ou 7 303 MO ETP⁷, ce qui correspond à 1 MO pour 1,041 habitant. Les femmes représentent 45% de l'effectif des MO. Le groupe d'âge le plus important est celui des MO compris entre 46 et 55 ans (35% de l'ensemble des MO; le second groupe est celui des 36 à 45 ans (27,5% des MO), suivi par les 56 à 65 ans (18,3% des MO). Les MO de moins de 40 ans sont majoritairement des femmes [66]. En ce qui à trait à la proportion des revenus selon le mode de rémunération, 79% des revenus des MO sont à l'acte, 14% à tarif horaire (soins en CHSLD, à l'urgence, santé publique, etc.) et 7% à honoraires fixes (salarial surtout en CLSC) [67].

Concernant la pratique clinique des MO, il est reconnu qu'ils consacrent une part importante de leur pratique aux activités de la deuxième ligne. Entre 2005-2006, pour l'ensemble du Québec, 60% des services rendus par les MO se faisaient au niveau de la première ligne (cabinet privé, clinique médicale, CLSC, visite à domicile) et 35,1% au niveau de la deuxième ligne (milieu hospitalier : patients hospitalisés, urgence, clinique externe) [66-68]. De plus, de manière générale, il y a une hausse du nombre d'heures travaillées par semaine par les MO (43,8 à 45,2 heures entre 1994 et 2003), et 85% de ces heures travaillées par semaine sont consacrées aux activités cliniques, et 15% à d'autres types d'activités (santé communautaires, enseignement, fonction administrative) [69].

Bien que les MO aient une pratique principale dans une organisation donnée, ils présentent une pratique diversifiée et polyvalente, car ils exercent généralement dans plus d'une organisation. Ils combinent des activités en première ligne, qui deviennent de plus en plus importante avec le nombre d'années de pratique, à des activités de deuxième ligne, ce qui dénotent la grande variation dans le niveau d'activité et dans l'organisation de la pratique des MO [66]. Ainsi, afin de mieux illustrer ce phénomène, Contandriopoulos et coll., identifient six profils de pratique des MO. Deux groupes de médecins ont un niveau d'activité nettement supérieur à la moyenne : les superactifs

⁷ Équivalent temps plein basé sur le niveau de percentile. Pour plus de détails, consulter la référence [74].

polyvalents (SAP) ont un niveau d'activité élevé et une pratique partagée entre le cabinet, l'urgence et l'hospitalisation. Les superactifs de contact (SAC) ont un niveau d'activité élevé et une pratique concentrée à l'urgence et en clinique sans rendez-vous. Les médecins de contact (MDC) ont une pratique proche de ces derniers mais travaillent beaucoup moins et ont une pratique concentrée en cabinet. Les médecins de continuité (MC) ont une pratique importante en cabinet, auprès des patients hospitalisés et à domicile; en cabinet, ils ont une forte clientèle âgée à qui ils accordent plus de visites et plus de temps par visite. Les peu actifs (PA) constituent un groupe hétérogène et ont un niveau d'activité très inférieur aux autres profils. Les généralistes traditionnels (GT), qui constituent le tiers des effectifs, ont un niveau d'activité moyen et une forte pratique en cabinet auprès d'une clientèle diversifiée.[70].

2.2.2. La pratique clinique et la pratique collaborative des médecins omnipraticiens en santé mentale

◆ Données générales sur la pratique clinique des MO en santé mentale

Dans la littérature, les études qui ont porté sur la pratique des MO en santé mentale étaient surtout relatives à leur contribution aux soins de patients ayant des problèmes courants de santé mentale (troubles dépressifs et anxieux) [18, 37, 71]. Ces recherches s'intéressaient surtout aux résultats cliniques des patients, ainsi qu'à l'habileté des MO à détecter et à traiter adéquatement les patients avec des troubles de santé mentale (TSM) en faisant une comparaison de l'état de santé des patients avant et après la formation des médecins ou la mise en place de programme de soins partagés entre les MO et les services spécialisés de santé mentale [72-75]. Ces programmes de soins partagés ont particulièrement évalué l'organisation et la coordination des soins entre les MO et les psychiatres, ainsi que la satisfaction des patients et des professionnels à l'endroit de ces modèles [37, 76, 77]. Ces études confirment qu'un partage des soins apporte bien plus de bénéfices qu'une intervention d'un seul professionnel par rapport à l'état de santé des patients, et contribue au renforcement de la satisfaction des professionnels [78-84]. Les quelques études qui se rapportent à la prise en charge des troubles graves de santé mentale par les MO, réalisées également dans le cadre de soins intégrés de santé primaire, ont aussi permis de démontrer que les besoins des patients étaient mieux comblés : meilleure continuité, meilleure intégration

sociale, meilleur état de santé [85-87]. À travers ces études, le faible nombre de cas graves de santé mentale pris en charge par les MO est mis en évidence [15, 88, 89]. Mais ces études ne nous informent pas sur les proportions que représente le nombre de patients rencontrés ou traités par rapport à l'ensemble de leur clientèle vu en consultation, ou par rapport à la clientèle psychiatrique uniquement.

En ce qui concerne l'habileté des MO à prendre en charge les problèmes de santé mentale, les données rapportées dans la littérature sont surtout relatives encore une fois aux troubles dépressifs et anxieux. Il est souligné que de 21 à 65% des cas de dépression ou de troubles anxieux chez les patients suivis par les MO ne seraient pas diagnostiqués [25, 90-93]. Le sous-diagnostic des troubles anxieux et dépressifs en première ligne peut s'expliquer par différents facteurs reliés au patient et au médecin (Eisenberg, 1992; Hirschfeld, 1997; Paykel et Priest, 1992; Schulberg et McClelland, 1987). Les facteurs associés au patient comprennent notamment les caractéristiques et l'évolution du problème de santé mentale, les attitudes et croyances, ainsi que le comportement du patient (réticence à parler des symptômes, accent mis sur les symptômes physiques, non-fidélité à un médecin). Quant aux facteurs associés au médecin, au-delà des connaissances cliniques sur les symptômes et les traitements, on retrouve les habiletés cliniques, le processus de décision clinique, les attitudes face à la santé mentale et au rôle de médecin, la perception de la pertinence des catégories diagnostiques psychiatriques, ou encore le mode de rémunération qui encourage les visites de courte durée. Par contre, dans d'autres études, les MO affirment être à l'aise quant à la prise en charge des troubles dépressifs, notamment pour l'utilisation des antidépresseurs; la difficulté, résiderait selon les MO dans l'obtention de l'adhérence et la continuité du traitement entre les crises chez les patients [72, 94, 95].

L'association des psychiatres du Canada a développé des guides de pratique pour les troubles dépressifs (2001) et les troubles anxieux (2006) qui présentent des recommandations efficaces pour le diagnostic et le traitement des troubles anxieux et dépressifs qui s'adressent tant aux médecins de première ligne qu'aux psychiatres [96, 97]. Le principe du traitement minimalement adéquat est souvent utilisé dans les études pour évaluer la concordance entre les traitements reçus et les recommandations des guides de pratique. Les critères habituellement utilisés comprennent un traitement

pharmacologique éprouvé et un nombre adéquat de visites professionnelles (pour effectuer le suivi du traitement antidépresseur et/ou les séances de psychothérapie). Parmi les personnes atteintes de troubles mentaux courants qui consultent pour des raisons de santé mentale, environ la moitié ne reçoivent pas un traitement minimalement en adéquation avec les guides de pratique. Les données de l'ESCC 1.2 montrent qu'au Canada la prévalence de traitement minimalement adéquat parmi les dépressifs ayant eu au moins une consultation professionnelle pour des raisons de santé mentale s'élève à 55% (Duhoux et coll., en préparation). Pour les troubles anxieux, 56% des personnes ayant consulté un médecin pour des raisons de santé mentale au cours des 12 derniers mois ont reçu un traitement minimalement adéquat [98].

En général, la pharmacothérapie, reste la forme de traitement la plus utilisée par les MO, souvent elle est combinée à la thérapie de support (counselling), mais rares sont les MO qui utilisent seulement la psychothérapie [99, 100]. Par ailleurs, le nombre de visites des patients souffrant de trouble de santé mentale chez les MO est plus fréquent par rapport à celui des patients qui ont un problème physique. En moyenne, les patients ayant un problème psychiatrique sont vus par les MO de dix à huit fois par année comparativement à 2,1 fois pour les patients non psychiatriques [89, 101]. Mais on constate ici que la comparaison de la fréquence des visites dans les études se fait entre les patients psychiatriques et non psychiatriques et non selon le degré de sévérité des troubles de santé mentale.

◆ **Données générales sur la pratique de collaboration des médecins omnipraticiens avec les psychiatres/services spécialisés et les stratégies de collaboration à promouvoir**

Les quelques études relatives à la pratique courante de collaboration des MO avec les psychiatres/les services spécialisés en santé mentale utilisent en général le nombre de références⁸ des patients effectué par les MO vers les psychiatres/les services spécialisés en santé mentale pour apprécier la collaboration existante. Les moyennes du nombre de références sont évaluées à 5% parmi les demandes de consultations par année dans l'étude de Coulter et celle de Forrest; à 4,5% avec une variation de 1,6-10% dans

⁸ Notons que les références ici sont soit des demandes de consultation en psychiatrie avec retour du patient chez le MO pour la suite des soins, soit une demande de transfert du patient en psychiatrie.

l'étude de Haikio et coll., et entre 5 et 16% dans celle de Valenstein et coll., [22, 102-104]. Dans l'étude de Kates, le nombre de références est également faible, et les lieux vers lesquels se font ces références sont précisés [23]. Les références se sont effectuées dans son étude principalement vers les services d'urgence (quatre en moyenne sur six mois) et les services de consultations externes (trois en moyenne sur six mois); mais le principal problème de ces références, comme le souligne l'auteur, est la longueur du délai d'attente pour chacun des services de santé mentale sollicités. Les principaux professionnels vers lesquels se font les références sont les psychologues, suivi des psychiatres et des travailleurs sociaux. Quant à l'enquête de Rockman, elle révèle que les MO réfèrent les cas de santé mentale graves (troubles bipolaires, schizophrénie, dépendance, trouble de la personnalité) aux psychiatres essentiellement [105]. Toutefois, ces études ne distinguent pas les références faites par les MO selon le degré de sévérité des troubles de santé mentale; il s'agit soit de références faites par rapport aux cas de dépression, soit par rapport aux cas graves de santé mentale, ou encore à l'ensemble des troubles de santé mentale. Par ailleurs, il existe une large variation dans ces taux de références.

Les études relatives aux motifs d'aiguillage⁹ en psychiatrie dans le cadre de programme ou de projet pilote de modèle de soins partagés en vue de favoriser la collaboration entre les MO et les psychiatres, pour la prise en charge de troubles de santé mentale, permettent de cerner les raisons de demande de consultations aux autres professionnels (psychiatres) et d'identifier les besoins des MO [42, 99, 106, 107]. Les motifs de demande de consultation fréquemment recensés dans ces études sont : 1) la précision ou la confirmation du diagnostic; 2) la demande de conseils à propos du traitement médicamenteux; 3) la demande d'un avis général sur la prise en charge ou à propos d'autres ressources en santé mentale. L'information fournie ne tient pas compte du degré de sévérité du trouble de santé mentale.

Les études axées sur les programmes de soins partagés ont aussi permis de mettre en évidence les pratiques et les stratégies de collaboration des MO avec les psychiatres en identifiant les plus appréciées, les plus usitées et leurs attentes respectives lors de la prise en charge des patients atteints de maladie mentale [4, 18, 108, 109]. Les MO se

⁹ Référence, orientation du patient vers un autre distributeur de soins.

montrent favorable à exercer en complémentarité avec les autres intervenants du réseau, notamment avec les psychiatres, dans la prestation des soins de santé mentale au niveau de la première ligne; ceci est mis en évidence dans la littérature qui souligne le taux élevé de satisfaction des médecins à l'égard des programmes de collaboration [23, 99, 110-112]. L'étude de Kates, en particulier, met en évidence une différence significative de la satisfaction globale à l'égard des soins de santé mentale offerts par les MO qui ont accès à un service de santé mentale et ceux qui n'en ont pas accès (81% versus 56%) [23].

◆ **Les entraves à la collaboration des MO avec les psychiatres et le réseau de santé mentale**

Les deux principaux problèmes liés à la collaboration entre les MO et les professionnels de santé mentale, dégagés des études abordant ce sujet, sont : 1) la perception d'un manque de reconnaissance et de soutien à l'égard du rôle des MO en tant que fournisseurs de soins de santé mentale, 2) les difficultés qu'éprouvent les MO à la fois pour accéder aux services de santé mentale et pour communiquer avec les psychiatres. Selon les MO, les problèmes d'accès aux services de santé mentale se traduisent par : 1) la difficulté à référer les patients aux psychiatres par rapport aux autres spécialistes; 2) la communication avec les services de santé mentale qui reste difficile et 3) le délai d'attente qui est long [23, 94, 113-117]. Parallèlement aux problèmes de relations professionnelles entre les MO et les professionnels de santé mentale, d'autres aspects entravant l'organisation du système de santé mentale axée sur la collaboration entre les MO et le réseau de santé mentale sont relevés dans la littérature. Parmi les principaux aspects relevés, notons le financement et le mode de rémunération des soins axés sur la collaboration, particulièrement pour des activités indirectement reliées à la prestation des soins comme la discussion de cas, les réunions d'équipe et de prestation de conseils par téléphone ou autres moyens [38]. Il existe également d'autres entraves comme : 1) les problèmes d'ordre logistique dans les régions où les psychiatres sont peu nombreux (obstacles liés à la distance, l'isolement géographique); 2) la formation des MO et des psychiatres (programme de médecine et de résidence) à exercer dans un esprit et une culture de collaboration.

Objectifs de la recherche

Notre étude s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche mené à l'Institut Douglas, pour la province du Québec [118]. Elle porte sur le rôle des MO en santé mentale et sur leurs mécanismes de coordination avec les services psychiatriques et psychosociaux dans le contexte de la mise en œuvre de réseaux locaux de services. Le projet de recherche permet de documenter le déploiement de l'organisation de l'offre des services de première ligne en santé mentale et une coordination plus efficace de ces services avec les réseaux locaux. Les objectifs de notre étude sont :

1. D'établir le profil socio-démographique des MO;
2. De décrire la proportion des troubles transitoires/modérés et des troubles graves de santé mentale rencontrés chez les patients par les MO au sein de leur pratique quotidienne;
3. D'exposer les pratiques cliniques et les pratiques collaboratives établies par les MO avec les autres acteurs du réseau local, les services spécialisés (psychiatres et psychologues), et décrire leur appréciation de la qualité des services offerts par les partenaires sollicités;
4. De dresser à partir de nos observations, un portrait des pratiques cliniques et des pratiques collaboratives des MO en santé mentale, et de formuler des recommandations en vue de supporter les MO dans leur pratique et de soutenir la réforme en cours.

CHAPITRE 3. MÉTHODOLOGIE

Chapitre 3 : Méthodologie

Ce chapitre est divisé en quatre sections. La première section décrit le devis de la recherche, la population et les sites à l'étude. La deuxième section explique comment s'est effectuée la sélection de notre échantillon. La troisième section présente notre instrument de mesure, les méthodes utilisées pour la validation de l'instrument de mesure, et les considérations éthiques appliquées du projet. La quatrième section décrit la méthode d'analyse utilisée pour le traitement des données.

Méthodologie

3.1. Devis de la recherche

L'enquête de l'étude a été réalisée par l'équipe de recherche de la division psychosociale de l'Institut Universitaire en santé mentale Douglas et présente un caractère transversal. Cette recherche se veut avant tout descriptive et exploratoire.

3.2. Population à l'étude

La population cible est constituée par 1415 MO travaillant dans neuf territoires de CSSS et représentant 19% des MO du Québec. Ces territoires se situent dans cinq régions socio-sanitaires du Québec. La liste des MO des sites a été fournie par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ). On retrouve un hôpital psychiatrique sur deux des sites à l'étude. Les territoires de CSSS choisis pour cette étude proviennent de régions universitaires, intermédiaires et périphériques. Les territoires de CSSS retenus dans le cadre du projet sont les suivants :

- 1) Région universitaire de Montréal-Centre : CSSS Sud-ouest Verdun et CSSS de Dorval-Lachine LaSalle;
- 2) Région universitaire de Québec (Capitale-Nationale) : CSSS de la Vieille-Capitale et CSSS Québec-Nord (Québec);
- 3) Région intermédiaire de l'Outaouais : CSSS Pontiac;
- 4) Région périphérique de Chaudière-Appalaches : CSSS Etchemins et CSSS du Littoral;

- 5) Région périphérique de la Montérégie : CSSS Pierre-Boucher et CSSS Haute Yamaska.

Les MO de notre échantillon ont été sélectionnés selon trois critères, à savoir : 1) être inscrit dans les fichiers d'inscription de la FMOQ; 2) exercer la médecine dans l'un des neuf territoires sélectionnés pour l'étude, représentatifs des régions sociosanitaires universitaires, intermédiaires et périphériques du Québec; 3) les MO devaient provenir de pratiques diversifiées : pratique solo ou de groupe en cliniques privées, CLSC, centre hospitalier (CH), GMF, cliniques- réseau (CR), clinique sans rendez-vous (SRDV).

3.3. Instrument de mesure et procédure de collecte des données

Un questionnaire auto-administré fut élaboré pour les besoins du projet de recherche par les chercheurs du projet. Le questionnaire a été construit à partir de la revue de littérature, et a fait l'objet d'une procédure importante de validation de contenu par un groupe de chercheurs et décideurs. La revue de littérature a été faite en utilisant les moteurs de recherche Ovid medline et Pubmed à partir des mots clés suivants : "general practitioner's role", " mental health ", "mental disorder", "primary care" et "shared-care models". Les rapports publiés sur les MO au Canada ont également été pris en compte. Le groupe de chercheurs et décideurs consultés était constitué de 20, représentants de décideurs-clés, psychiatres et médecins, en plus de l'équipe de recherche (n = 8 chercheurs). Afin de s'assurer de la compréhension et de la pertinence du questionnaire, ce dernier a été pré-testé par dix MO exerçant dans différents lieux de pratiques qui n'ont pas été inclus dans notre échantillon.

Le protocole de recherche et le questionnaire ont été approuvés par le comité d'éthique de L'Institut Universitaire en santé mentale de l'hôpital Douglas. Les questionnaires ont été envoyés par la poste aux MO sélectionnés entre les mois de Septembre 2005 et de Février 2007, accompagnés d'une lettre de support des autorités médicales (Collège des médecins du Québec, FMOQ et les administrateurs locaux). Afin de veiller au respect de l'anonymat, un numéro d'identification a été attribué à chaque répondant grâce à un système de codage. Trois relances successives ont été effectuées pour inciter les MO à compléter le questionnaire qui leur avait été envoyé. La première relance a consisté en l'envoi d'une lettre par la poste aux MO sélectionnés. La deuxième s'est faite par des appels téléphoniques, effectués par des infirmières aux MO qui

n'avaient toujours pas à cette étape complété le questionnaire. La dernière relance associait la Direction régionale de médecine générale (DRMG) ou le représentant de la santé mentale des agences régionales respectives, et aussi parfois la direction des services professionnels (DSP) de l'hôpital faisant partie du réseau à l'étude, lesquels ont contacté directement les MO.

Le questionnaire prévu pour durer 30 minutes, comprend 143 items avec des questions de type catégoriel ou de type Likert sur une échelle de 4 points (1 = très en désaccord; 4 = très en accord). Globalement, le questionnaire couvrait six dimensions comportant chacune plusieurs items.

- 1- Les caractéristiques socio-démographiques (12 items)
- 2- Les caractéristiques des patients desservis (12 items)
- 3- Le profil de pratique clinique (24 items)
- 4- La collaboration développée entre les MO et les autres professionnels de santé ou organisations de services (64 items)
- 5- La perception de la qualité des services des MO (8 items)
- 6- L'identification des stratégies de collaboration à promouvoir pour une meilleure intégration (23 items)

Ces six dimensions, présentées brièvement ci-après, sont celles étudiées. Le questionnaire peut aussi être consulté à l'annexe 1. À partir des données de notre questionnaire, d'autres items ont également été constitués. Par exemple les MO ont été classés en sept profils qui se distinguent par le type de pratique majoritaire :

- pratique privée sans autres intervenants de la santé : pratique solo, pratique de groupe;
- pratique privée avec la majorité des plages horaires en pratique sans rendez-vous;
- pratique en CLSC;
- nouveau modèle de pratique avec la présence d'une infirmière : pratique en GMF (prise en charge des patients inscrits) pratique en cliniques- réseau (pas d'inscription de patients);
- pratique en centre hospitalier.

Pour assigner un groupe à chaque MO, nous avons considéré comment il exerçait la majorité de ses activités cliniques (plus de 50% de ses heures de travail).

Le profil sociodémographique des MO

Les informations recueillies ont porté sur l'âge, le sexe, l'année d'obtention du permis de pratique du Collège des Médecins du Québec (CMQ), le nombre d'heures travaillées dans les établissements (cabinet privé, clinique médicale, CLSC, unité de médecine familiale, urgence, hôpital de soins généraux excluant l'urgence, hôpital de soins psychiatriques excluant l'urgence, autres), l'appartenance ou non à un GMF ou à une cliniques-réseau, la proportion du revenu selon le mode de rémunération (à l'acte, à salaire, au tarif horaire), et enfin le nombre de journées de formation médicale en santé mentale reçu au cours des douze derniers mois. Par rapport à la formation, nous avons également cherché à savoir si elle avait permis de renforcer ou de développer certaines habiletés chez les MO, à savoir de nouvelles connaissances, la prise en charge des patients en santé mentale et des pratiques de collaboration avec les autres professionnels de la santé mentale.

Les caractéristiques de la clientèle desservie

Cette partie du questionnaire vise à décrire le volume et le degré de gravité des problèmes de santé mentale rencontrés en consultation. Les questions sont en rapport avec le nombre de patients rencontrés dans une semaine type, le pourcentage de patients présentant des troubles de santé mentale, le pourcentage de patients reçus avec ou sans rendez-vous. Également, d'autres questions se rapportent à la nature des troubles de santé mentale vus lors des consultations par les MO (pourcentage des troubles mentaux graves et persistants, des troubles mentaux transitoires/modérés et des troubles de comorbidité) avec de l'information spécifique pour les diagnostics de troubles mentaux transitoires/modérés (ex : troubles anxieux, dépressifs, de la personnalité, de l'adaptation, d'abus de substance, etc.).

La pratique clinique des MO en santé mentale

La pratique clinique des MO en santé mentale a été évaluée à l'aide des questions suivantes :

- Le nombre de patients présentant des troubles mentaux graves et persistants ou transitoires/modérés pris en charge par les MO (c'est à dire, le médecin assume le traitement et le suivi du patient dans le temps);
- Les méthodes de traitement et de suivis utilisées pour ces cas;
- Le nombre de rencontre par année;
- Le délai d'attente avant que les cas de santé mentale soient vus dans un contexte de crise;
- L'importance accordée au fait d'intervenir auprès de patients ayant des troubles de santé mentale.

La collaboration inter-professionnelle et inter-organisationnelle

Parmi les questions qui se rapportent à la pratique de collaboration développée entre les MO et les diverses ressources en santé mentale de leur territoire, certaines d'entre elles portaient sur la santé mentale en général, tandis que d'autres faisaient la distinction entre les TG.SM et les TTM.SM (questions 4.1 à 4.3; 4.9 et 4.10). Les points abordés sont :

- Le nombre de patients référés dans une semaine type pour chaque trouble (TG.SM et TTM.SM);
- Le pourcentage de cas référés (TG.SM et TTM.SM) vers les diverses ressources en santé mentale;
- La fréquence des motifs de référence pour chaque type de trouble (TG.SM et TTM.SM);
- Les raisons de demande de transfert et leurs fréquences respectives;
- L'appréciation d'outils de travail usuel; par exemple le formulaire standardisé de référence, le rapport de consultation, le suivi téléphonique, le protocole de médicament, etc. (question 4.5);
- La fréquence de l'implication des MO lors de l'hospitalisation d'un de leur patient pour trouble de santé mentale;

- La fréquence des contacts avec le personnel de la santé mentale lors de suivis conjoints par exemple avec le psychiatre, l'équipe de psychiatrie, les intervenants du CLSC, etc. (question 4.7);
- Leur degré de satisfaction concernant leurs relations avec le personnel des diverses ressources (question 4.8);
- L'importance accordée au fait de travailler en collaboration avec les diverses ressources de santé mentale (questions 4.9 et 4.10).

L'appréciation des services de santé mentale

Les questions se rapportant à ces items étaient liées à :

- L'appréciation de la qualité perçue des services de santé mentale dispensés sur le territoire des MO, ex. : l'accessibilité, la quantité et la diversité des services disponibles, la continuité des services offerts;
- Le délai d'attente pour obtenir l'information lors d'une demande d'expertise à un psychiatre.

L'identification des stratégies de collaboration à promouvoir pour améliorer l'intégration des soins

Les questions touchant les stratégies de collaboration à promouvoir pour favoriser l'intégration des services concernaient :

- Les rapports de consultation ou d'hospitalisation (question 7.1);
- Les stratégies privilégiées pour soutenir les MO dans leur pratique, telles que la présence d'un psychiatre responsable d'un ensemble de cliniques médicales, l'accès à un psychiatre dans sa clinique pour des demandes de consultation, la possibilité pour le patient de revoir le même psychiatre en cas de rechute, etc. (question 7.2).

3.4 Taux de réponse et échantillon final

Des 1415 MO visés par l'enquête, 183 ont été exclus car ils étaient retraités ou avaient déménagé. Cent soixante dix (170) sujets ont également été exclus car pour des raisons inconnues, ils n'ont pas pu être rejoints ni par téléphone, ni par courriel pour vérifier s'ils avaient reçu le questionnaire. Ainsi, des 1062 questionnaires restant, 435 ont été retournés, pour un taux de réponse de 41%. Sur ce nombre, 37 MO ont été à nouveau retirés du bassin de répondants (26 avaient un profil non clinique, ils ne prodiguaient plus de soins, et 11 n'avaient pas répondu au questionnaire d'une façon satisfaisante). Nous avons considérés que les 627 MO qui n'avaient pas retourné le questionnaire avaient refusé de le compléter. L'échantillon final compte ainsi 398 MO dont les réponses au questionnaire ont été analysées.

3.5. Analyse des données

L'analyse des données a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS pour Windows (version 15). Nous avons effectué tout d'abord des analyses descriptives en suivant les six dimensions du questionnaire décrites dans la méthodologie, c'est-à-dire : 1) le profil socio-démographique des omnipraticiens, 2) les caractéristiques de la clientèle desservie, 3) la pratique clinique des MO, 4) la collaboration inter-professionnelle et inter-organisationnelle, 5) l'appréciation des services de santé mentale, 6) les stratégies de collaboration à promouvoir. Les distributions de fréquence pour les variables catégorielles et les moyennes pour les variables continues ont été ainsi calculées. Les données manquantes étaient inférieures à 5%; elles ont été traitées en attribuant la valeur moyenne de l'un des sept profils de pratique de MO constitués (c'est à dire : pratique solo, groupe, CLSC, etc.). Ensuite, nous avons procédé à des analyses de comparaison des résultats observés pour la pratique clinique et la pratique collaborative des MO, cela, en fonction du degré de gravité du trouble de santé mentale (grave/persistant vs transitoire/modéré) afin de mettre en évidence une différence pour ces paramètres entre ces deux groupes de diagnostic. Pour ce faire, nous avons utilisé le logiciel Statistix pour effectuer les tests de Chi-carré pour les variables catégorielles et le logiciel SPSS pour faire les tests de t sur les variables continues. Le degré de signification a été fixé à 0,05.

CHAPITRE 4. RÉSULTATS

Chapitre 4 : Résultats

Ce chapitre décrit les résultats provenant de l'analyse de nos données. Ces résultats sont présentés selon les six grandes catégories constituées du questionnaire, à savoir : 1) les caractéristiques socio-démographiques des MO; 2) les caractéristiques des patients desservis; 3) la pratique clinique des MO en santé mentale; 4) la collaboration développée entre les MO et les autres professionnels de santé ou organisations de services; 5) l'appréciation par les MO de la qualité des services; 6) les stratégies de collaboration à promouvoir.

Résultats

4.1. Caractéristiques socio-démographiques des médecins omnipraticiens

L'âge moyen des MO ayant répondu au questionnaire est de 48 ans (écart-type : 9; min =25; max = 80). Le groupe d'âge le plus représenté est celui des 46 à 55 ans (41,5%), suivi de celui des 36 à 45 ans (32,9%) et la majorité des MO (soit 74,4%) sont ainsi âgés entre 36 et 55 ans. Les femmes sont davantage représentées que les hommes et constituent 51,3% notre effectif alors qu'elles représentent 44,6% de la population des MO du Québec. Lorsqu'on compare les distributions selon le genre et les groupes d'âge de nos répondants à ceux de la population des MO du Québec en utilisant le test de Khi deux de Pearson, on constate que la différence observée n'est pas statistiquement significative (genre : $\chi^2=3,44$; dl=1; p=0,0637 / âge : $\chi^2=20,00$; dl=16; p=0,22) et que les deux groupes sont comparables. Aussi, aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée entre les répondants et les non répondants du questionnaire pour la distribution selon l'âge ($\chi^2=0,50$; dl=1; p=0,4793). Les femmes MO de notre échantillon sont plus jeunes que les hommes MO. Les femmes ont en moyenne 44 ans (écart-type : 7,2; min = 25; max = 67) comparativement à 52 ans pour les hommes, (écart-type : 9; min = 28; max = 80). La comparaison des moyennes d'âge entre les hommes et les femmes par le test t montre que la différence des moyennes est statistiquement significative (f=5,038; ddl=368,181; p< 0,0001). Lorsqu'on calcule le nombre d'années d'exercice depuis l'obtention de leur permis de pratique, les MO de l'étude exercent la médecine, en moyenne depuis 22 ans (écart-type : 9,6; min = 1; max = 50).

Ils rapportent travailler, en moyenne, 43 heures par semaine (écart-type 13; min = 6; max = 116). Le nombre d'heures travaillées diffère cependant selon le genre : les hommes travaillent 45 heures/semaine, tandis que les femmes en font 41, une différence est statistiquement significative ($f=3,371$; $df=396$; $p=0,001$). En moyenne, les MO exercent dans au moins deux organisations différentes (écart-type = 0,8; min = 1; max = 5). La distribution du nombre moyen d'heures travaillées dans les différentes organisations se répartit ainsi: 13 heures dans les cliniques médicales (écart-type : 17; min= 0; max= 60), 11 heures dans les hôpitaux, 5 heures dans les CLSC et 6 heures consacrées à des activités non cliniques telles que l'administration, l'enseignement et la recherche. Bien que les MO aient plusieurs lieux de pratique principale, ils ont en général un lieu de pratique dans lequel ils comptabilisent plus de la moitié de leurs heures d'activités cliniques. Pour 13% d'entre eux il s'agit de cabinet privé, pour 16% d'entre eux de la clinique médicale, pour 9% du CLSC, 16% d'une pratique en GMF, 5% d'une pratique en cliniques- réseau, 30% d'une pratique de sans rendez-vous et 11% d'une pratique hospitalière. Les MO dont la pratique principale se situe en milieu hospitalier rapportent effectuer le plus d'heures de travail par semaine, soit 49 heures. À l'opposé, ceux qui ont une pratique principale en CLSC, font le moins d'heures de travail par semaine, soit 36 heures. Lorsqu'on répartit les MO selon les différentes sources de revenu, 65% sont à l'acte, 24% au tarif horaire, 11% à salaire. La représentativité de notre échantillon a été examinée par rapport à d'autres variables, telles que le profil de pratique, le territoire de pratique, la proportion de revenu à l'acte, et le pourcentage de patients présentant des troubles de santé mentale parmi la clientèle des MO (Tableau 1). Lorsqu'on compare notre échantillon à la population générale des MO du Québec pour le lieu principal de pratique, le type de territoire où ils exercent, la proportion de revenu à l'acte et la proportion de la clientèle présentant des troubles de santé mentale, le Tableau 1 permet d'observer l'absence de différence statistiquement significative entre les deux groupes.

Tableau I : Comparaison entre les MO de notre échantillon et ceux de la population totale des MO du Québec

	Échantillon (%)	Population des MO du Québec (%)	χ^2	dl	P
Pratique clinique					
Cabinet médical privé	80.1	69.8	2.67	1	0.10
CLSC	23.6	27.3	0.24	1	0.63
Centre Hospitalier	49.4	57.3	1.28	1	0.26
Services d'urgence	17.3	25.2	1.93	1	0.16
Territoire de pratique			1.34	1	0.25
Milieu urbain	66.3	74.9			
Milieu rural	33.7	25.1			
Proportion du revenu à l'acte	65.0	74.0	1.90	1	0.17
Pourcentage de patients avec des TSM parmi la clientèle des MO	24.0	20.0	0.47	1	0.49

Au cours des douze derniers mois précédant l'enquête, les MO participants ont reçu en moyenne trois formations médicales continues (FMC) en santé mentale (écart-type = 2,7; min=1; max=12) et 82% d'entre eux ont participé à au moins une formation continue en santé mentale. Le Tableau 2, nous donne une répartition de la proportion des MO selon leurs perceptions des acquis reçus au cours de ces formations qui ont permis: pour 69% des MO, de développer assez de nouvelles connaissances cliniques en santé mentale; pour 59%, de renforcer assez leurs habiletés à prendre en charge des patients avec des troubles mentaux; et pour 42%, d'améliorer très peu leur collaboration avec les autres professionnels de la santé mentale.

Tableau II : Acquis reçus de ces formations médicales continues en santé mentale

Acquisitions	Pas du tout (%)	Très peu (%)	Assez (%)	Beaucoup (%)
Développer de nouvelles connaissances cliniques en SM	0,6	14,4	69,0	16,0
Renforcer vos habiletés à prendre en charge des patients avec des troubles mentaux	4,0	19,9	59,5	16,6
Améliorer votre collaboration avec les autres professionnels de la santé mentale	22,4	42,3	29,4	5,8

4.2. Les caractéristiques des patients desservis

Les MO participants rencontrent en moyenne 90 patients par semaine (écart-type : 41,74; min=9; max=180) soit environ trois patients par heure, parmi lesquels le pourcentage de patients présentant des troubles de santé mentale rencontrés est de 25% (écart-type = 19; min = 0,5%; max = 100%). Lorsque les participants sont répartis en quartile (quatre groupes égaux), on observe que le 1^{er} quartile de notre échantillon rencontre entre 0,5 à 10% patients présentant des troubles de santé mentale; le 2^{ème} quartile, de 11 à 20% ; le 3^{ème} quartile, de 21 à 30%; et le 4^{ème} quartile enfin, de 31 à 60%. 68% de ces patients sont reçus avec rendez-vous, et 32% sans rendez-vous; 11,7% présentent des TG.SM, tandis que 54,7% présentent des TTM.SM et 33,6% ont des comorbidités (abus de substance : 10%; problème physique : 19,4%; déficience intellectuelle : 4,2%). Le Tableau 3 décrit comment se répartissent les diagnostics des patients ayant des TTM.SM et permet d'observer que les troubles dépressifs et/ou anxieux sont les diagnostics les plus fréquemment rencontrés par les MO participants.

Tableau III : Caractéristiques des patients desservis par les omnipraticiens en santé mentale

Patients desservis/ Problèmes de SM	Effectif/Moyenne
Trouble transitoire/ modéré de santé mentale (%)	
▪ Troubles dépressifs et anxieux	22,0
▪ Troubles dépressifs	19,1
▪ Trouble anxieux	18,6
▪ Troubles de l'adaptation	18,5
▪ Troubles de la personnalité	9,7
▪ Troubles d'abus de substance	12,1

4.3. La pratique clinique des MO en santé mentale

En moyenne, 56% des patients ayant des troubles de santé mentale sont pris en charge par les MO participants; parmi ceux-ci, 69% ont des TTM.SM et 31% des TG.SM. 89% des MO déclarent prendre en charge les TTM.SM comparativement à 77% pour les patients présentant des TG.SM. 61% des MO rapportent effectuer un suivi de la médication pour les patients présentant des TTM.SM et 49% pour les patients avec un TG.SM; cette différence est statistiquement non significative ($\chi^2 = 2,91$; $p = 0,07$). 59%

des MO affirment effectuer de la thérapie de support surtout pour les patients présentant un TTM.SM comparativement à 35% pour les patients présentant des TG.SM; cette différence est statistiquement significative ($\chi^2 = 11,56$; $p < 0,001$). La psychothérapie est peu utilisée chez les patients présentant des TTM.SM et des TG.SM, néanmoins on observe une différence statistiquement significative au profit des TTM.SM (TTM.SM : 17%; TG.SM : 8%) ($\chi^2 = 3,70$; $p = 0,05$).

En moyenne au cours d'une année, les MO rencontrent les patients présentant des troubles de santé mentale à sept reprises (écart-type : 5; min = 0; max = 27), mais ils rencontrent plus souvent ceux présentant des TTM.SM, 9 fois par année que ceux présentant des TG.SM, 6 fois année. 79% des MO mentionnent pouvoir recevoir leurs patients dans un délai de 24 à 48 heures dans un contexte de crise. Les autres MO (21%) les reçoivent dans un délai supérieur à 48 heures ou les réfèrent vers d'autres ressources. Enfin, l'intérêt des MO à intervenir auprès des patients ayant des troubles de santé mentale varie selon les groupes de patients. 74% considèrent « très important » d'intervenir auprès des patients présentant des TTM.SM, comparativement à 46% pour les TGSM, une différence statistiquement significative ($\chi^2=1,33$; $p<0,0001$). Au total, 99,7% des MO considèrent « important ou très important » d'intervenir auprès des TTM.SM comparativement à 92,2% pour les TG.SM.

Bien que la majorité des MO apprécient les outils de travail développés pour faciliter l'interdisciplinarité et permettre un meilleur suivi des patients ayant des troubles de santé mentale, les formulaires standardisés de référence (70%) et surtout les rapports de consultations (87%) se démarquent vraiment (Tableau 4).

Tableau IV : Appréciation des outils de travail lorsqu'ils suivent un patient avec un autre professionnel

Outils de travail	Adéquat/ Très adéquat (%)
Protocoles de médicaments	63,3
Protocoles de suivi de traitement	55,6
Plans d'intervention	60,8
Formulaires standardisés de référence	69,7
Suivis téléphoniques	51,4
Accès téléphonique à un professionnel de garde	61,7
Rapports de consultations	87,4

Par ailleurs, les MO sont faiblement impliqués lors de l'hospitalisation de leur patient. Ils sont majoritairement à « l'occasion/souvent » associés au suivi post-hospitalier de leur patient (70% des MO); 43% le sont dans l'admission à l'urgence. Seulement 17% sont impliqués à « l'occasion/souvent » dans l'élaboration du plan de traitement incluant la médication et 10% dans la planification de la sortie de l'hôpital (Tableau 5).

Tableau V : Implication lors de l'hospitalisation d'un de leur patient

Implication lors hospitalisation	Jamais/ Rarement (%)	À l'occasion/ Souvent (%)
Admission en urgence	57,0	43,0
Élaboration du plan de traitement incluant la médication	83,3	16,7
Planification de la sortie de l'hôpital	89,9	10,1
Suivi post-hospitalier	29,8	70,2

4.4. La collaboration inter-professionnelle et inter-organisationnelle

Dans une semaine type, les MO réfèrent en moyenne deux patients (sur total de 2,58 patients rencontrés) présentant des TG.SM vers d'autres ressources (écart-type=2,52; min=0; max=10), soit 70% (n=1,82 patients) et trois patients (sur un total de 19,91 patients) présentant des TTM.SM (écart-type=3,58; min=0; max=12), soit 17% des cas (n=3,43 patients); la différence des proportions est statistiquement significative ($\chi^2= 57,15$; $p<0,001$). Les cas de TG.SM sont surtout référés vers les urgences des centres hospitaliers (27%; $\chi^2= 10,23$; $p=0,001$), tandis que les cas de TTM.SM le sont surtout vers les cabinets des psychologues (31%; $\chi^2= 23,25$; $p<0,0001$) et vers les services psychosociaux courants des CLSC (20%; $\chi^2= 5,99$; $p=0,01$). Les différences sont statistiquement significatives entre les proportions référées entre les TG.SM et les TTM.SM (Tableau 6).

Tableau VI : Pourcentage de patients référés et ressources vers lesquelles se font les références

Ressources de référence	TG.SM (%)	TTM.SM (%)	<i>p value</i>
Urgence des centres hospitaliers	26,8	9,0	0,0014
Cliniques externes de psychiatrie	22,2	13,5	0,1004
Équipe spécialisée de SM des CLSC	10,7	8,8	0,5899
Services psychosociaux courants des CLSC	8,2	20,3	0,0144
Cabinet de psychologues	5,0	31,1	<0,0001
Centres de crise	3,7	4,0	1
Organismes communautaires	3,8	3,1	0,7004

Les principales raisons qui expliquent « à l'occasion ou souvent » le transfert de patients aux prises avec des troubles de santé mentale (nonobstant le diagnostic établi du trouble de santé mentale) vers d'autres pourvoyeurs de soins sont la gravité des cas (pour 94% des MO), la complexité des cas (pour 93% des MO), et le manque de soutien des psychiatres (pour 63% des MO). Les incitatifs financiers insuffisants et le manque d'intérêt pour la clientèle de santé mentale viennent expliquer les raisons des demandes de transfert des patients, mais dans une moindre mesure, soit respectivement pour 12% et 11% des MO. Pour les cas de TG.SM, les principaux motifs de référence évoqués par les MO sont : la suggestion de traitements pharmacologiques (pour 84% des MO) et l'évaluation diagnostique (82% des MO), tandis que pour les cas de TTM.SM, les motifs de référence qui prédominent sont le suivi conjoint avec d'autres ressources (pour 79% des MO) et la suggestion de traitements pharmacologiques (71% des MO). Les motifs de références sont statistiquement différents selon que le trouble mental soit grave ou modéré, exception faite pour le suivi conjoint avec d'autres ressources (Tableau 7).

Tableau VII : Motifs des références des patients**À l'occasion/ Souvent**

	TG.SM (%)	TTM.SM (%)	<i>p value</i>
Évaluation diagnostique	81,7	62,7	0,0026
Suggestion de traitements pharmacologiques	84,0	70,7	0,0277
Suivi conjoint avec le psychiatre	75,5	41,6	<0,0001
Transfert du patient en psychiatrie	65,2	23,9	0,0186
Suivi conjoint avec d'autres ressources	70,4	78,9	0,1443

Outre les références, l'importance des relations interprofessionnelles des MO a été aussi appréciée par la fréquence de leurs contacts avec les ressources du réseau de la santé mentale (Tableau 8). Plus de 3 médecins sur 10 ont régulièrement des liens avec les psychologues en cabinet privé et les intervenants en santé mentale du CLSC. Mais la majorité des MO déclare n'avoir aucun contact avec l'un ou l'autre des professionnels de santé mentale énumérés dans le Tableau 8.

Tableau VIII : Fréquence des contacts des MO avec les autres professionnels

Fréquence contacts	Psychiatre (%)	Équipe Psy (%)	CLSC (%)	Psycho CP (%)	Autres (%)
Régulière (aux 2 semaines, au mois, aux 3 mois)	21,1	17,1	33,6	33,9	3,3
Espacée (aux 6 mois, au 12 mois)	24,9	23,3	17,9	29,1	2,6
Inexistante	44,7	59,3	48,5	44,7	94,2

L'importance accordée par les MO au fait de travailler en collaboration avec les autres organisations du système de santé mentale varie selon qu'il s'agit de patients présentant des TG.SM ou des TTM.SM. Pour les patients présentant les TG.SM, les MO accordent une importance à collaborer avec l'ensemble des ressources disponibles de santé mentale, plus particulièrement avec les psychiatres, l'équipe de psychiatrie des centres hospitaliers et l'équipe spécialisée de santé mentale des CLSC. Pour les patients ayant des TTM.SM, les MO accordent une plus grande importance au fait de collaborer avec les psychologues des cabinets privés et les services psychosociaux des CLSC (Tableau 9).

Tableau IX : Importance accordée à la collaboration avec les ressources en santé mentale

Ressources en SM	Important/Très important			
	TG.SM (%)	TTM.SM (%)	χ^2	<i>p value</i>
Centres hospitaliers				
▪ Intervenants de l'urgence	88,3	61,5	18.80	
▪ Psychiatres	99,2	80,1	19.21	<0,0001
▪ Équipe de psychiatrie	94,7	70,7	20.41	<0,0001
CLSC				
▪ Équipe spécialisée de SM	90,3	77,3	6.13	0,0133
▪ Services psychosociaux courants	88,6	84,7	0.71	0,4003
Cabinets privés de psychologues	79,8	89,1	3.09	0,0787
Centre de crise	84,1	68,6	6.26	0,0124
Organismes communautaires	70,5	60,4	2.35	0,1255

Par rapport à la satisfaction de leur relation avec le personnel des ressources de santé mentale, les MO affirment être « satisfaits ou très satisfaits » surtout du personnel des services d'urgence des centres hospitaliers (70%) et des psychologues en cabinet privé (65%). On constate qu'une proportion non négligeable des MO n'a aucune opinion par rapport au personnel en particulier des centres de crise (40%) et des organismes communautaires (42%), mais les MO sont aussi nombreux à être satisfaits/très satisfaits des ces deux ressources (Tableau 10).

Tableau X : Degré de satisfaction de leur relation avec le personnel des ressources de santé mentale suivantes

Ressources	Satisfait / Très satisfait (%)	Non applicable
Centres hospitaliers		
▪ Services d'urgence	70,4	8,5
▪ Services psychiatriques	56,5	4,1
CLSC		
▪ Équipe spécialisée de SM	51,5	17,6
▪ Services psychosociaux courants	55,5	13,3
Cabinet de psychologues	64,6	21,4
Centre de crise	43,2	39,7
Organismes communautaires	42,0	42,0

Si l'on met en lien les tableaux 7, 8 et 9, on constate que, bien que la majorité des MO aient peu de contact lorsqu'ils suivent un patient avec le psychiatre, l'équipe de psychiatrie, les intervenants en CLSC et les psychologues, ces derniers demeurent pour les MO des partenaires privilégiés. De plus, lorsqu'ils ont des relations avec ces partenaires, au moins la moitié des MO affirment en être satisfaits ou très satisfaits.

4.5. L'appréciation des services de santé mentale

L'appréciation de la qualité des services de santé mentale portait sur l'accessibilité, la quantité, la diversité, la continuité et la globalité des services de santé mentale disponibles sur le territoire des MO. Plus de la moitié des MO participants

considèrent comme « adéquates ou très adéquates » l'accessibilité géographique (64%), les heures d'ouverture (59%), la diversité (54%), la qualité globale des services 55%. Les autres aspects de la qualité des services sont bien moins appréciés, notamment, la continuité des services offerts (46%), la quantité des services disponibles (35%), l'accessibilité aux différentes catégories de professionnels (27%). Par ailleurs, les MO déclarent attendre en moyenne 60 jours pour avoir l'information (écart-type=46, min=1, max=180) lors d'une demande d'expertise à un psychiatre.

4.6. Les stratégies de collaboration à promouvoir

À partir d'une classification plus détaillée utilisée dans le questionnaire, les stratégies de collaboration à privilégier afin de soutenir les MO dans leur pratique ont été regroupées selon les trois catégories suivantes: 1) les outils cliniques de travail; 2) la formation médicale continue et le soutien lors des consultations par les psychiatres, 3) les stratégies ayant pour but d'améliorer la continuité, l'intégration et l'accessibilité du système de santé mentale. Les stratégies comprises dans la troisième catégorie sont : (a) l'identification d'un psychiatre responsable d'un ensemble de cliniques médicales; (b) la possibilité pour le patient de revoir le même psychiatre; (c) un accès facilité aux professionnels de santé du territoire tels que les psychologues, les intervenants sociaux des CLSC autres que les psychologues, les gestionnaires de cas, les agents de liaison; (d) l'accès à un psychiatre pour des consultations du lundi au vendredi de 9 à 5 heures.

Concernant les outils cliniques de travail, plus de 90% des MO affirment qu'il est « important ou très important » de privilégier les rapports de consultation et d'hospitalisation avec recommandations. La majorité des MO (83%) est favorable au fait d'avoir des séances de formation et de soutien à la consultation données par un psychiatre dans leur clinique. Parmi eux, 73% préfèrent donner l'accès à leur clinique à un rythme d'une fois aux trois mois.

Les tableaux 11 et 12 montrent que dans l'ensemble, plus de 80% des MO considèrent les stratégies de collaboration de la troisième catégorie « importantes ou très importantes », sauf pour le fait de privilégier l'accès à un psychiatre dans leur clinique qui est supporté par 73% des MO. Par ailleurs, privilégier les demandes de consultations aux psychiatres les soirs et les fins de semaine sont des stratégies peu soutenues par les MO.

Tableau XI : Continuité des soins et facilité d'accès aux professionnels du territoire

Stratégies	Important / Très important (%)
Identification d'un psychiatre responsable d'un ensemble de cliniques médicales	82,6
Possibilité pour le patient de revoir le même psychiatre	96,8
Accès aux psychologues	
▪ des CLSC	96,4
▪ des cabinets privés	86,4
Accès aux intervenants psychosociaux autres que les psychologues des CLSC	91,7
Accès aux gestionnaires de cas/intervenants-pivots	82,1
Accès aux agents de liaison	83,0

Tableau XII : Accès à un psychiatre pour des consultations

Fréquence/rythme	Important / Très important (%)
Accès à un psychiatre pour des consultations téléphoniques	
▪ de 9 à 5, du lundi au vendredi	95,1
▪ le soir, du lundi au vendredi	54,6
▪ les fins de semaine	53,4
Accès à un psychiatre pour des consultations semi-urgentes en clinique externe de psychiatrie	
▪ de 9 à 5, du lundi au vendredi	97,9
▪ le soir, du lundi au vendredi	37,4
▪ les fins de semaine	34,6
Accès à un psychiatre dans votre clinique pour des demandes de consultation pour votre clientèle	
▪ 1 fois aux 2 semaines	26,6
▪ 1 fois par mois	34,4
▪ 1 fois aux 3 mois	11,8
Total	72,8

CHAPITRE 5. DISCUSSION

Chapitre 5 : Discussion

Les objectifs de notre étude étaient : 1) d'établir le profil socio-démographique des MO; 2) de décrire la proportion des troubles transitoires/modérés et des troubles graves de santé mentale rencontrés chez les patients par les MO au sein de leur pratique quotidienne; 3) d'exposer les pratiques cliniques (traitement médicale) et les pratiques collaboratives établies par les MO avec les autres acteurs du réseau local, les services spécialisés (psychiatres et psychologues) et décrire leur appréciation de la qualité des services offerts par les partenaires sollicités; 4) de dresser à partir de nos observations, un portrait des pratiques cliniques et des pratiques collaboratives des MO en santé mentale, formuler des recommandations en vue de supporter les MO dans leur pratique et soutenir la réforme en cours.

Dans ce chapitre, les résultats de notre étude sont discutés autour de cinq grands constats qui aideront à soutenir la prise de décision quant à l'organisation des services de santé mentale au niveau de la première ligne : 1) les MO jouent un rôle important dans la prise en charge des soins de santé mentale; 2) les MO ont un profil de pratique clinique qu'on pourrait qualifier de « traditionnelle »; 3) les MO pratiquent relativement en silo; 4) la prise en charge, par les MO, des patients souffrant de troubles de santé mentale diffère selon le degré de gravité des cas (TG.SM vs TTM.SM); 5) les MO soutiennent le fait de travailler en collaboration avec les autres dispensateurs de soins en santé mentale. De ces constats, découlera notre portrait de la pratique clinique et de la pratique collaborative des MO en santé mentale (Figure 1 et Figure 2). Nous terminerons ce chapitre par la description des limites et des forces de notre étude.

Discussion

5.1. Rôle important des médecins omnipraticiens en santé mentale

Notre étude met en évidence la proportion élevée des troubles de santé mentale au niveau de la première ligne puisque 25% de la clientèle rencontrée par les MO participants sont perçus comme ayant un trouble de santé mentale. Ce résultat correspond au taux de prévalence retrouvé dans la littérature [6, 25, 26, 105, 119], mais aussi à ceux documentés par la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ) qui estime entre 20 et 40% la prévalence des troubles de santé mentale au niveau de la

première ligne [120]. Ainsi, le rôle important que jouent les MO dans la prise en charge des problèmes de santé mentale au niveau de la première ligne en tant que premier professionnel le plus souvent consulté pour des problèmes de santé mentale se trouve également bien établi dans notre étude. La grande implication des MO dans la dispensation des services de santé mentale pourrait s'expliquer par la forte prévalence des troubles de santé mentale et la pénurie de spécialistes en santé mentale, mais aussi elle pourrait être liée : 1) à la proximité, l'accessibilité et le milieu moins stigmatisant offert par les MO; 2) à l'approche holistique des soins dispensés par les MO où les problèmes physiques et la maladie mentale sont gérés simultanément; 3) au changement de pratique des MO âgés de 55 ans et plus qui fournissent plus de services de santé mentale [121-124].

Les MO sont beaucoup plus sollicités pour les TTM.SM que pour les TG.SM, avec une prédominance des cas de dépression et d'anxiété. Une majorité des MO prennent en charge les TTM.SM alors qu'une minorité d'entre eux prennent en charge les TG.SM (69% vs 31%). Cette différence dans les proportions pourrait s'expliquer par le fait que les MO, déclarent se sentir plus en confiance lors de leur prise en charge des TTM.SM comparativement à celle des TG.SM [19, 26, 72]. Pour les TG.SM, les MO demandent des services spécialisés parcequ'ils ne considèrent pas posséder les habiletés et l'expérience requises pour le diagnostic et le traitement; lorsqu'ils les prennent en charge, ils se positionnent davantage en soutien, en complément des soins spécialisés, pour prendre en charge les problèmes physiques [95]. Le faible nombre de cas grave de santé mentale pris en charge est également relevé à travers la littérature [15, 18, 88, 89]. Dans l'étude de Stip et coll., 54,75% des MO affirment traiter annuellement entre un et cinq patients pour schizophrénie. Dans l'enquête de Kendrick et coll. en Angleterre, 33% des MO affirment avoir six à dix patients souffrant d'une maladie mentale chronique parmi leur clientèle, 27% estiment que ce nombre varie de 11 à 16, alors que 28% affirment en suivre plus de cinq (12% ne sont pas en mesure d'estimer ce nombre). Dans notre étude, la proportion des cas de TG.SM pris en charge par les MO reste aussi faible.

Dans la littérature, nous n'avons pas de données sur les proportions de TG.SM prises en charge sur l'ensemble des troubles de santé mentale rencontrés par les MO.

Ceci rend nos résultats difficilement comparables à ceux de la littérature qui donnent seulement une estimation du nombre de cas de TG.SM pris en charge. Néanmoins, quelques études ont mis en évidence que les MO recevaient lors de leurs consultations, des patients présentant des TG.SM, surtout à cause de la présence d'un problème physique [89, 101, 125]. D'autres études ont démontré que les MO ont tendance à s'occuper à la fois de la composante physique et mentale de patients qui présenteraient une co-morbidité, en faisant le suivi médicamenteux des psychotropes chez ces patients; mais en général les MO qui font le suivi de ces patients sont intégrés dans un modèle de soins partagés [15, 16, 89].

La formation continue en santé mentale reçue par les MO pourrait aussi expliquer leur propension à prendre en charge les cas de santé mentale. En effet, la majorité des MO dans notre étude a participé à au moins une formation continue en santé mentale, laquelle a été rapportée comme un excellent moyen pour améliorer leur habileté à prendre en charge les patients ayant des problèmes de santé mentale. Ce constat est également appuyé dans la littérature [126, 127]. Tout de même, il faut souligner que dans notre étude, 44% des cas de santé mentale ne sont pas pris en charge par les MO, ce qui témoigne qu'il existe une bonne partie de la clientèle présentant des troubles de santé mentale ne bénéficierait pas de soins de santé mentale au niveau de la première ligne, ou serait transférée par les MO vers d'autres dispensateurs de soins de santé mentale. Néanmoins, ce constat laisse supposer que cette proportion serait constituée en grande partie par les TG.SM (cas plus difficiles et complexes) qui selon nos résultats sont peu pris en charge par les MO comparativement aux TTM.SM.

5.2. Profil de pratique clinique « traditionnel » des médecins omnipraticiens en santé mentale

Plusieurs études se sont intéressées à la pratique clinique des MO concernant les soins apportés aux TTM.SM comparativement aux TG.SM [75, 100, 110]. À l'instar de ces études, notre recherche témoigne que la prise en charge clinique des troubles de santé mentale par les MO est faite selon un modèle « traditionnel » : les MO suivent la médication, offrent peu de thérapie de support et très peu de psychothérapie. La thérapie de support est significativement plus souvent utilisée pour les TTM.SM que pour les TG.SM. L'utilisation restreinte de la psychothérapie pourrait s'expliquer par sa

complexité, compte tenu que les théories psycho-thérapeutiques sont souvent méconnues des MO. Les MO se sentent peu soutenus dans leur pratique puisqu'à l'exception des rapports de consultation, ils affirment que les outils de suivi tels que les protocoles de médicament et de traitement, les suivis téléphoniques avec le psychiatre, les plans d'intervention sont relativement inadéquats. Et pourtant, la littérature scientifique relève l'utilité de ces outils pour améliorer l'efficacité ou l'intégration des soins lorsqu'ils sont développés en collaboration avec les utilisateurs [40, 128-130]. Aussi, le fait de trouver les outils de travail inadéquats à la collaboration, puisqu'ils ne sont pas développés conjointement, contribue à leur non utilisation, et maintiennent les MO dans une pratique en solo qui ne contribue pas au renforcement de la collaboration.

Toutefois, les MO rapportent offrir une bonne accessibilité et continuité des soins à leurs patients souffrant de troubles de santé mentale. Comme le montrent nos résultats, les MO jugent être capables de prendre en charge les patients dans un contexte de crise, dans un délai inférieur à 48h. Cette prise en charge rapide de la clientèle santé mentale dans un contexte de crise peut s'expliquer de deux façons : d'une part, par le fait que les MO ont des plages horaires consacrées aux consultations sans rendez-vous (accessibilité élevée) qui leur permettent ainsi de prendre les cas urgents; d'autre part, au fait que certaines organisations où ils exercent (pratique de groupe, en CLSC, en GMF) offrent la possibilité aux patients de voir leur propre médecin ou un collègue disponible exerçant dans le même établissement. Enfin, les études qui ont examiné la pratique quotidienne des MO dans le cadre de la prise en charge des cas graves de santé mentale ont souligné la faible implication des MO dans le traitement, mais l'existence d'une continuité relationnelle dans la dispensation des soins (suivi du patient sur le plan émotionnel, sociale et physique) [15, 16, 18, 89, 101]. Ceci pourrait expliquer pourquoi les MO voient en général plus souvent leurs patients présentant des troubles graves que les patients ayant des troubles mentaux transitoires ou modérés.

5.3. Pratique en silo des médecins omnipraticiens

Malgré l'intérêt que les MO accordent au fait d'intervenir auprès des patients souffrant de trouble de santé mentale, ils en réfèrent un grand nombre aux autres ressources de santé mentale. Plus spécifiquement, la majorité des TG.SM sont référés plutôt que d'être suivis de manière conjointe avec un professionnel de la santé mentale.

En général, que ce soit pour les TG.SM ou les TTM.SM, les références pourraient s'expliquer par le fait que des MO ne possèdent pas les habiletés requises pour leur prise en charge. Par rapport aux TTM.SM, la littérature atteste qu'une proportion non négligeable des MO ont de la difficulté à reconnaître et à traiter certains troubles de santé mentale comme la dépression; plusieurs médecins rapportent avoir de la difficulté à initier un traitement antidépresseur chez certains patients [94]. Ce constat pourrait aider à expliquer ce que rapportent les écrits sur le fait que les MO ont tendance à sous-traiter la dépression. Or, d'autres études scientifiques réalisées auprès des MO ont démontré qu'un renforcement de leurs connaissances par des formations en santé mentale améliorerait leur confiance et augmentait leur capacité à prendre en charge les patients en santé mentale [26, 73, 75, 131].

Les rares études portant sur la prise en charge des patients souffrant de troubles graves par les MO soulignent leur manque de confiance et leur perception que ces patients requièrent des soins spécialisés [16, 19, 132]. Et de fait, la prise en charge des TG.SM requiert plus de visites de suivi (consultations) et davantage de disponibilité de la part des MO alors que ceux-ci consacrent en général entre 8 à 12 min par consultation aux patients [60, 126]. D'autre part, l'agressivité de certains patients, la difficulté à initier un traitement en période de crise et le manque d'adhésion des patients au traitement sont autant de raisons retrouvées dans la littérature pour expliquer et justifier la décision des MO à référer ces patients vers des services spécialisés en santé mentale [72, 88, 113].

Nos résultats montrent, comme dans plusieurs études, qu'en général, les MO transfèrent les patients souffrant de problème de santé mentale aux autres ressources surtout en raison de la complexité et de la gravité des cas de santé mentale [17, 113, 133, 134]. Le manque d'incitatifs financiers et le peu d'intérêt envers la clientèle souffrant de problème de santé mentale ne sont pas des raisons fréquentes de demande de transfert dans notre étude. Cela dit, dans la réforme actuelle, même si les incitatifs financiers et le mode de rémunération de certaines activités médicales peuvent influencer la pratique des MO (valorisation du travail des MO auprès de la clientèle en santé mentale, et renforcement de la collaboration inter-professionnelle et inter-organisationnelle), ces conditions ne sont pas les principales qui incitent les MO à transférer ou à prendre en

charge les cas de santé mentale. Toutefois, il n'existe pas d'études qui associent les incitatifs financiers à la prise en charge des cas de santé mentale. Le fait que les MO aient un programme très chargé, et qu'ils soient sollicités par leurs autres patients sont identifiés comme des éléments favorisant la référence des patients psychiatriques. En effet, ceux-ci nécessitent un temps de consultation plus long (30 à 90 minutes), davantage compatible avec une formule de rémunération à salaire ou à capitation [38, 108, 126]. Dans la littérature, là où les MO ont tenté de remédier à la pratique en silo en favorisant l'accès à leur clinique par un psychiatre, les modes de rémunération sont le plus souvent par capitation ou mixtes et les MO ont aussi fait le choix d'associer à leur pratique la présence de conseillers et de psychiatres en santé mentale [37, 135, 136].

L'âge, le nombre d'année de pratique, le sexe, le sentiment de confiance, le nombre de lieu de pratique, certaines attributions du système de soins (qualité et disponibilité des services) sont les variables le plus souvent associées à la prise en charge des cas de santé mentale et, plus spécifiquement, au nombre de références vers les services spécialisés de santé mentale. Cependant, il existe une certaine divergence sur les constats relatifs aux déterminants de la prise en charge. Par exemple, selon certains auteurs, l'âge, le sexe et la charge de travail n'expliquent pas de manière significative la variation des taux de références entre les MO [103, 137], tandis que pour d'autres auteurs, les patients avaient plus de chance d'être référés quand leur médecin était jeune et de sexe féminin [133, 134, 138]. Le fait d'avoir plus de responsabilités académiques et administratives augmenterait aussi, d'après certains auteurs, le nombre de références chez les MO comparativement à ceux qui ont une activité clinique à temps plein [137]. Aussi, les médecins qui ont plus d'années d'expérience et qui sont plus confiants sont ceux qui déclarent avoir une plus grande habileté à prendre en charge les cas de santé mentale [100, 134, 137, 138]. Dans notre étude, les MO exercent en moyenne dans deux lieux (organisation). Or, le nombre de lieux de pratique semble influencer de manière positive la prise en charge des cas de santé mentale parce que la multiplication du nombre de lieu de pratique aurait tendance à étendre le réseau relationnel des MO et à augmenter les opportunités de trouver le support adéquat pour leur patient. Au Québec en particulier, on note que près de 60% des MO ont une pratique en milieu hospitalier [66]. Or, Rothman et Wagner (2003) soulignent que les

milieux de soins spécialisés favorisent l'acquisition de connaissances dans la gestion de problèmes complexes et l'utilisation de tests et des médications selon les guides de bonne pratique [122].

Pour apprécier les relations inter-professionnelles (spécifiquement entre les MO et les psychiatres) dans les modèles de soins partagés, le taux de références et/ou le nombre de contacts ont principalement été analysés. Mais les références deviennent difficiles à interpréter pour évaluer la qualité de la pratique, car les données utilisées ne permettent pas de distinguer les bonnes références des mauvaises. Comme le précise Coulter, ces taux de références sont des indicateurs insatisfaisants de la qualité de la collaboration parce qu'ils peuvent cacher les références non réussies (tardives) ou encore inutiles [102]. Contrairement aux références, les contacts permettent de mieux apprécier la collaboration interprofessionnelle dans le système de soins [38, 40]. Les contacts impliquent une communication directe entre les professionnels (c'est à dire. appels téléphoniques, rencontres face à face, suivis conjoints du patient), ce qui n'est pas nécessairement le cas des références. Dans notre étude, la pratique en silo des MO est particulièrement frappante vu que les MO ont peu de contact dans le réseau avec les autres professionnels en santé mentale, qu'il suivent peu leurs patients avec un autre professionnel et qu'ils sont peu impliqués lors de l'hospitalisation de ceux-ci, exception faite pour le suivi post-hospitalier. Cette pratique en silo pourrait s'expliquer par : 1) les longs délais d'attente lors de demande d'expertise (difficulté d'accès); 2) l'autonomie des MO qui n'ont pas été formés dans un esprit de collaboration et la mauvaise perception de la qualité de leur relation avec les services de santé mentale; 3) la séparation historique existante entre les soins spécialisés et les soins généraux. Ces facteurs qui favorisent la pratique en silo des MO ont été mis en évidence dans de nombreuses études antérieures tout comme dans notre étude [23, 94, 108, 113, 139].

5.4. Deux patterns de collaboration développés par les médecins omnipraticiens en santé mentale

Notre étude démontre que les MO ont recours à différents partenaires, selon le degré de gravité des cas de santé mentale et met en évidence deux patterns (modèles) de collaboration des MO, selon qu'ils interviennent auprès des TTM.SM ou des TG.SM. Le premier modèle de collaboration relatif au TGSM s'oriente vers une dynamique de

hiérarchisation des services : les MO y rapportent que les psychiatres sont la première source de références des cas de TG.SM surtout pour la suggestion du traitement pharmacologique et l'évaluation diagnostic des TG.SM. Comme le souligne la littérature, les MO éprouvent des difficultés pour la prise en charge clinique (diagnostic et traitement) adéquate de ces cas graves faute d'expertise, et ont donc besoin de l'expertise de spécialistes en santé mentale [88, 90, 140]. Le deuxième modèle de collaboration pour les TTM.SM s'oriente plus vers une dynamique de complémentarité des services. Ici, les principaux partenaires sont les psychologues en cabinet privé et le personnel psychosocial des CLSC avec lesquels les MO font principalement un suivi conjoint des cas. L'intervention psychologique ou psychosociale vient compléter les traitements médicamenteux assurés davantage par les MO. La place importante des psychologues comme interlocuteurs privilégiés des MO pour les TTM.SM est mise aussi en évidence dans les études épidémiologiques réalisées au Québec, dans lesquelles le psychologue est le professionnel le plus souvent consulté pour des raisons de santé mentale après les MO [6, 23, 119].

Dans le cadre de la réforme en cours, un accent particulier est mis sur la fonction du psychiatre répondant et des équipes psychosociales des CLSC au niveau de la première ligne. Or, en réalité, la prévalence des TTM.SM rencontrés par les MO est plus élevée que les TG.SM, de même que leur prise en charge. Par conséquent, les MO ont recours au soutien des psychologues, particulièrement ceux des cabinets privés avec qui ils ont aussi des contacts plus fréquents tout comme le montre nos résultats. Le fait d'impliquer les psychiatres à la première ligne et les équipes psychosociales des CLSC en vue de soutenir les MO est certainement important, mais il ne faudrait pas omettre d'impliquer les psychologues en cabinet privé qui sont aussi des partenaires de choix pour les MO.

Dans notre étude, les psychiatres, les psychologues et le personnel psychosocial sont les partenaires privilégiés par les MO à qui on réfère les cas de santé mentale. Les organismes communautaires et les centres de crise sont sous utilisés, alors qu'ils sont d'un recours important pour la prise en charge et la réinsertion sociale des patients. Cette sous-utilisation s'expliquerait par le fait que les MO ne détiennent pas suffisamment de connaissances sur les activités des organismes communautaires et des centres de crise

sur leur territoire. Néanmoins, plus de la moitié des MO dans notre étude reconnaissent la place importante que peuvent jouer les organismes communautaires et les centres de crise dans le processus de collaboration en santé mentale, comme en témoigne aussi l'étude de Grenier et Fleury (in press, 2009), [141].

5.5. Les médecins omnipraticiens soutiennent la pratique de collaboration avec les autres intervenants en santé mentale

La majorité des MO sont satisfaits de la plupart des stratégies de collaboration énumérées dans le questionnaire pour soutenir leurs pratiques en améliorant l'intégration des soins de santé mentale, en remédiant à la pratique en silo, et en fournissant à la clientèle des soins de qualité. En faisant une comparaison des résultats de notre étude avec celle réalisée par Lucena et coll., la seule recherche réalisée au Québec qui s'intéresse aux stratégies de collaboration entre les MO et les psychiatres de Montréal-Centre, nous observons une différence d'opinion des MO par rapport au fait de privilégier ou non l'accès d'un psychiatre à leur clinique pour des demandes de consultation concernant leur clientèle [4]. Dans l'étude de Lucena et coll., les médecins ne supportent pas les stratégies reliées à l'amélioration de la collaboration entre les MO et les psychiatres sur un même site ou à proximité. Les MO se montrent réticents au fait de recevoir de manière périodique la visite de psychiatres, et les psychiatres s'opposent à déplacer leur pratique de consultation en milieux de première ligne ou à les visiter de manière périodique. Pourtant dans la littérature, la pratique sur un même site de soins médicaux première ligne et de soins offerts par des professionnels de soins de santé mentale a été identifiée comme un indicateur important de la réussite de la collaboration et les bénéfices de cette collaboration ont été rapportés. Néanmoins, les contextes où cette formule a été acceptée et fait ses preuves sont ceux où le mode de rémunération est le plus souvent par capitation ou mixte et où les MO ont fait le choix d'associer des conseillers et des psychiatres en santé mentale à leur pratique à leur pratique [37, 135, 136].

Dans notre étude, les MO supportent cette stratégie et souhaitent que cela se fasse à un rythme d'une fois par mois. Cette différence d'opinion pourrait s'expliquer par la difficulté croissante qu'éprouvent les MO à avoir accès à un psychiatre lors d'une demande d'expertise (délai d'attente long), et au nombre important de cas de santé

mentale qu'ils reçoivent au niveau de la première ligne [108], tout comme au fait que depuis l'an 2000, de nombreuses orientations politiques ont encouragé les initiatives de soins partagés et d'intégration dans le système de santé en général et dans les soins et services de santé mentale en particulier [36, 142, 143]. De plus, l'étude de Lucena et coll. est antérieure à la nôtre, et elle a été conduite à Montréal, un milieu reconnu pour son opposition à l'implantation du changement à l'instar d'autres métropoles [41].

5.6. Portrait de la pratique des médecins omnipraticiens en santé mentale

À partir de nos résultats, nous avons tenté d'établir un portrait du profil de pratique (clinique et de la collaboration) des MO en santé mentale (Figure 1 et Figure 2). Ce portrait met en évidence les principaux résultats de l'étude et propose une synthèse utile aux décideurs pour soutenir les transformations en cours en santé mentale. Ainsi, notre modélisation illustre que les MO occupent un rôle primordial dans la prise en charge des patients ayant des problèmes de santé mentale, car ils prennent en charge plus de la moitié de la clientèle se présentant pour des raisons de santé mentale. Parmi les patients pris en charge, la majorité souffre de TTM.SM (69%). Néanmoins, leur pratique globale reste traditionnelle que ce soit pour la prise en charge des TTM.SM ou des TG.SM; le suivi de la médication et la thérapie de support en sont les principales composantes. Ceci explique d'une part, les taux élevés de références, surtout ceux des patients avec TG.SM (70%) comparativement à ceux avec des TTM.SM (17%), et d'autre part, les raisons de référence des TTM.SM et des TG.SM. Les motifs des références sont en lien avec le choix des partenaires utiles pour soutenir les MO dans leur pratique de collaboration. Cette collaboration se fait selon un mode hiérarchique pour les TG.SM et de complémentarité pour les TTM.SM. En général, la formation médicale continue et le soutien par des spécialistes en santé mentale, l'accès facilité aux professionnels de la santé mentale et le développement de mécanismes afin d'assurer la continuité des soins sont les stratégies de collaboration soutenues par les MO pour améliorer leur pratique. Globalement, selon le degré de gravité des cas (TG.SM vs TTM.SM), l'on constate deux « patterns » différents de prise en charge par les MO, se rapportant à la pratique clinique, les taux de patients référés, les lieux vers lesquels se font les références et les professionnels de la santé mentale à privilégier en vue d'une collaboration.

Figure 1: Portrait de la pratique des MO pour les TG.SM

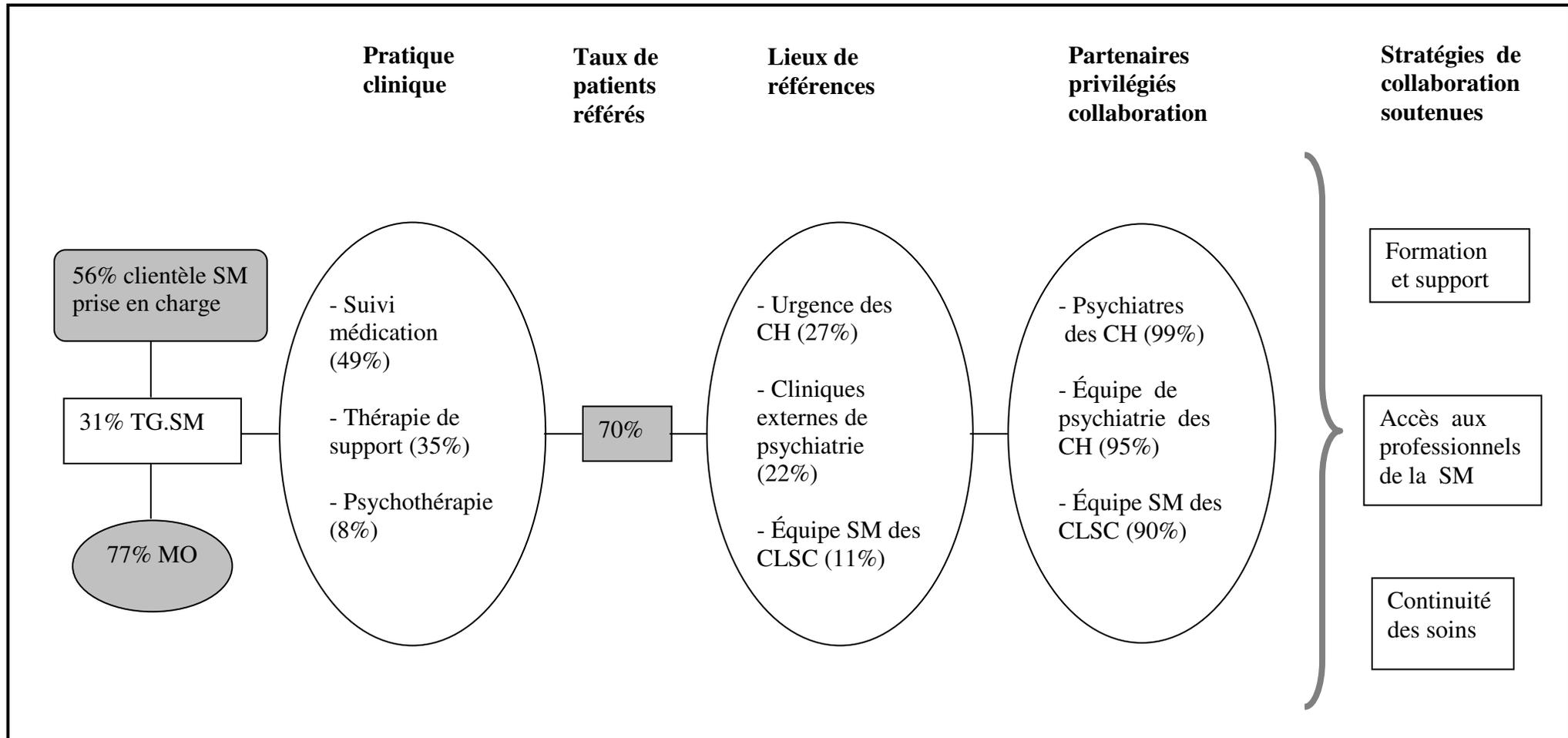
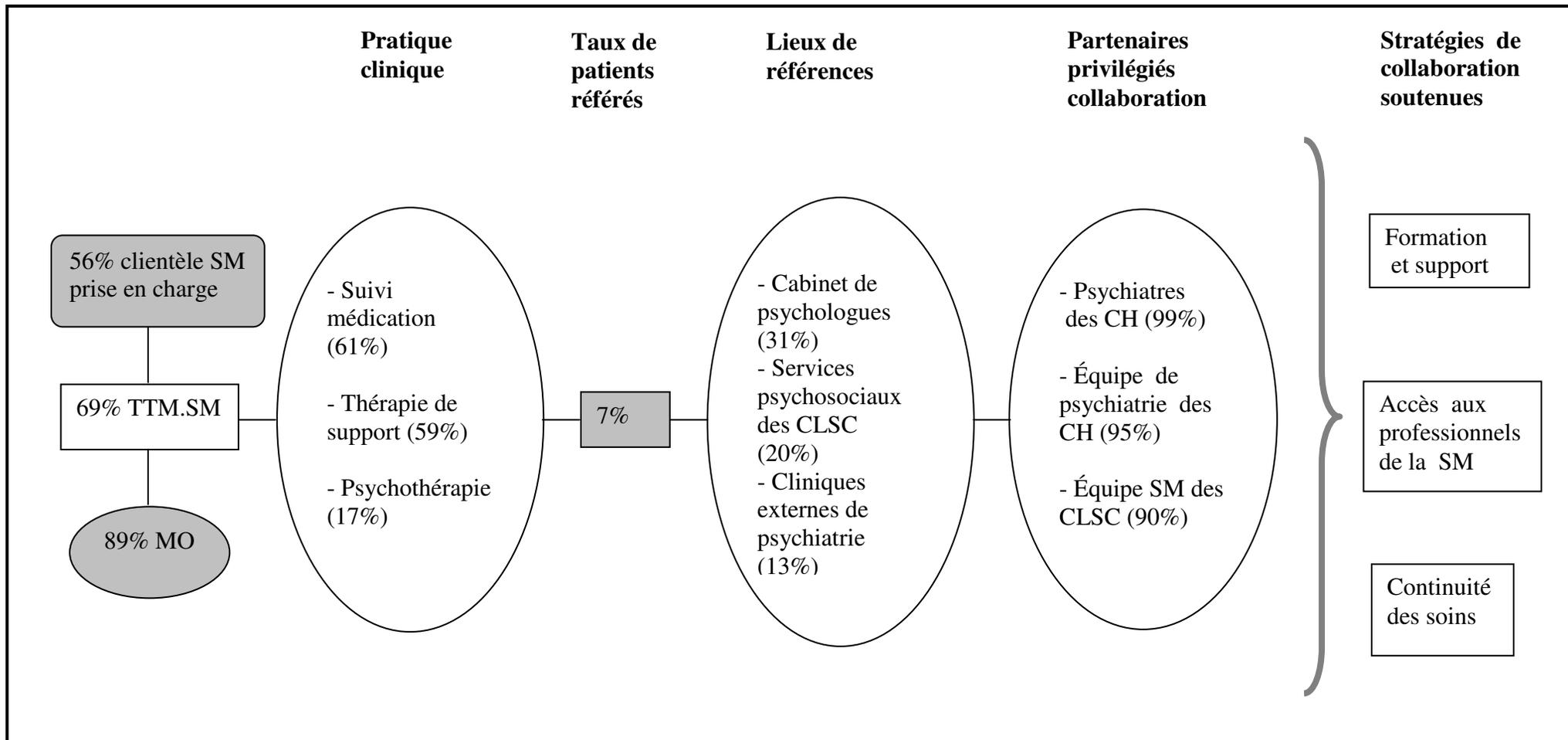


Figure 2 : Portrait de la pratique des MO pour les TTM.SM



5.7. Limites et forces de l'étude

Les informations collectées par notre questionnaire auprès des répondants sont subjectives, notamment celles qui se rapportent aux données chiffrées comme le nombre de patients rencontrés, le pourcentage de patients présentant des troubles de santé mentale, le pourcentage de patients vus avec ou sans rendez-vous, le pourcentage de cas de santé mentale vus ou pris en charge en fonction du diagnostic, le pourcentage de patients référés. Des données objectives, collectées dans le cadre d'une étude prospective aurait été plus précises. Mais nous avons tenté d'y remédier en limitant la période de référence pour laquelle les MO devaient fournir des données chiffrées soit aux 12 derniers mois ou à une « semaine type » de leur pratique, afin de réduire les erreurs de mémoire liées au temps. D'autres limites pourraient être relevées, à savoir : 1) la sélection intentionnelle des sites à l'étude; 2) la sous représentativité des territoires ruraux et des MO de langue anglophone (précisément les MO non bilingues), car notre questionnaire était en français et l'on suppose que les MO qui n'avaient pas la maîtrise de la langue française n'ont pas répondu au questionnaire. La longueur relative de notre questionnaire a probablement découragé certains MO à le compléter et l'on pourrait croire que les MO qui ont répondu étaient plus intéressés à la santé mentale et à la collaboration inter-professionnelle. Aussi, le taux de réponse est limite, mais il n'est pas substantiellement faible comparativement aux autres enquêtes impliquant des MO [144-147]. Enfin, le caractère descriptif de notre étude permet d'observer des tendances, mais ne permet pas de faire d'inférence sur nos résultats.

Toutefois, notre étude est la première au Québec qui permet de cerner les dimensions relatives aux caractéristiques socio-démographiques des MO, à la pratique clinique et la pratique collaborative des MO, aux caractéristiques des patients et à la qualité des soins en santé mentale. La recherche est basée sur un échantillon de 398 MO, représentatif de l'ensemble de la population des MO de la province du Québec quant au groupe d'âge, au genre, au profil de pratique clinique, au territoire de pratique, à la proportion du revenu à l'acte, et à la proportion de la clientèle présentant des troubles de santé mentale. L'une des forces de l'étude est que nos résultats concordent avec ceux d'autres études publiées par rapport au rôle important que jouent les MO dans la prise en charge des troubles de santé mentale au sein de la communauté, précisément pour la

dépression et l'anxiété; qu'elle considère non seulement les autres diagnostics reliés aux TTM.SM (trouble de la personnalité, trouble de l'adaptation, abus de substance), mais aussi les diagnostics reliés aux TG.SM. Ceci a permis pour certaines variables, de faire une comparaison de la pratique des MO selon le degré de sévérité du trouble de santé mentale et de faire ressortir pour la première fois, d'après nos connaissances, le mode de pratique différencié des MO selon le degré de sévérité des cas de santé mentale (c'est à dire., TTM.SM vs TG.SM).

Conclusion

Les résultats de notre recherche ont permis une meilleure compréhension de la pratique clinique et la pratique collaborative des MO en santé mentale et ont mis en évidence leurs attentes par rapport aux différentes stratégies de collaboration mises en avant par le questionnaire pour améliorer leur pratique en santé mentale. Ces résultats appuient un certain nombre de recommandations en rapport avec diverses actions à entreprendre afin de soutenir les MO dans la prise en charge des patients présentant des troubles de santé mentale tout en renforçant les soins partagés et en améliorant la qualité des soins dispensés en santé mentale. Comme les études antérieures, nos résultats ont mis en évidence le rôle important que jouent les MO dans la dispensation des soins de santé mentale au niveau de la première ligne, d'où l'intérêt de les soutenir dans leur pratique. Les cas de santé mentale rencontrés sont majoritairement les TTM.SM, notamment les troubles dépressifs et anxieux. Il est donc nécessaire de renforcer les habiletés des MO dans le diagnostic et le traitement de ces cas, mais aussi des cas plus difficiles et complexes (TG.SM) qui sont peu pris en charge par les MO.

Le fait que les MO aient une pratique en silo est un autre élément important démontré dans cette étude, et qui s'explique en grande partie par la difficulté d'accès aux professionnels du système de santé mentale, difficulté qui devrait être grandement réduite. L'un des points marquants de notre étude est également les trajectoires de collaboration différenciées, adoptées par les MO selon le profil de la clientèle (TTM.SM vs TG.SM). La prise en charge des TG.SM fait davantage appel à une collaboration de type hiérarchique qui implique les services spécialisés, tandis que celle relative aux TTM.SM s'oriente vers une complémentarité des compétences particulièrement avec les psychologues en cabinet privé ou les équipes psychosociales en CLSC. Les psychologues en cabinet privé, les équipes psychosociales et les psychiatres restent donc les partenaires privilégiés des MO. L'accessibilité de ses trois acteurs devrait être ainsi prioritairement facilitée dans la réforme en cours qui n'aborde malheureusement pas spécifiquement les modalités d'implication des psychologues en cabinet privé au niveau de la première ligne.

La formation médicale continue en santé mentale a été rapportée par les MO de notre étude, comme un excellent moyen d'améliorer les connaissances des MO et de renforcer leurs habiletés à prendre en charge les patients avec un trouble de santé mentale. Les meilleures modalités (technique, lieu, durée, rythme, etc.) pour la réussite des séances de formation en santé mentale devraient être davantage étudiées, car selon les modalités et les contextes, l'impact des formations peut être différent. Par ailleurs, notre étude a démontré que les MO ignoraient ou sous-utilisaient certaines ressources disponibles dans le réseau de services en santé mentale telles que les centres de crise et les organismes communautaires. Sensibiliser les MO à l'existence de ces partenaires sur leur territoire et des activités de ces derniers en santé mentale pourrait aider à mieux prendre en charge la clientèle ayant des problèmes de santé mentale, particulièrement celles souffrant de TG.SM. Le travail des MO auprès de la clientèle en santé mentale pourrait aussi être bonifié par l'utilisation de mécanismes d'aide à la prise de décision clinique et facilitant la pratique de collaboration comme par exemple les rapports de consultation, les protocoles de suivi et de traitement, les protocoles de médicaments, les plans d'intervention, etc.; mais, il serait souhaitable que les MO soient adéquatement impliqués dans leur conception et leur développement. Une meilleure implication des MO dans le suivi de leur patient lors de son hospitalisation nous paraît aussi nécessaire, afin de maintenir et de renforcer la continuité de la relation patient/médecin et la qualité des soins post-hospitaliers. Enfin, notre étude a souligné que les MO soutiennent les stratégies qui vont dans le sens de l'amélioration de la gestion des patients souffrant de problèmes de santé mentale et de la qualité des soins qui leur sont offerts. Ceci démontre bien leur volonté à travailler dans un esprit de collaboration et renforce le potentiel que les réformes en cours s'implantent avec succès.

Par ailleurs, la validation des liens et des suppositions établies entre les différents paramètres du portrait de la pratique des MO élaborée en fin de discussion, paraît nécessaire afin d'ouvrir d'autres pistes de réflexions. Ainsi, il nous apparaît important au terme de ce mémoire, d'examiner à partir des données collectées dans notre étude, d'autres aspects, notamment les facteurs qui déterminent la prise en charge des troubles de santé mentale par les MO (TG.SM vs TTM.SM) ou qui favorisent la collaboration des MO avec les autres intervenants en santé mentale dans le réseau. Il serait également

pertinent d'analyser la pratique clinique et la pratique collaborative des MO selon le lieu principal de pratique afin de faire ressortir les différences observées dans la gestion des troubles de santé mentale. Par exemple, l'on pourrait vérifier si le fait d'avoir une pratique majoritaire en CLSC, en clinique médicale, ou en sans rendez-vous détermine le nombre de patients souffrant de trouble de santé mentale pris en charge ou modifie les relations inter-professionnelles développées par les MO. À plus long terme, nous suggérons une étude évaluative qui mesurera les effets du PASM sur la pratique des MO et l'utilisation des services de santé mentale par la population.

RÉFÉRENCES

1. Kessler, R.C., Ahangang, Z. (1999). A Handbook for the Study of Mental Health-Social Context, Theories and Systems, chap 3, in The prevalence of mental illness, A.V. Horwitz, Sheid, T.L., Editor. Cambridge University Press.
2. Murray, C.J.L., Lopez, A.D. (1996). Summary: The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA: Havard School of Public Health on behalf of the World Health Organisation and the World Bank. Havard University Press.
3. OMS (2001). Rapport sur la santé dans le monde. La santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs. Organisation mondiale de la Santé: Genève,
4. Lucena, R.J.M., Lesage, A., Élie, R., Lamontagne, Y., Corbière, M. (2002) Strategies of collaboration between general practitioners and psychiatrists: a survey of practitioners' opinions and characteristics. *Can J Psychiatry*. 47(8): p. 750-758.
5. Statistique Canada. (2003). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien être. *Le Quotidien*, (3 septembre 2003).
6. Lesage, A., Vasiliadis, H.-M, Gagné, M.-A, Dudgeon, S., Kasman, N., Hay, C. (2006) Prévalence de la maladie mentale et utilisation des services connexes au Canada: Une analyse des données de l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Initiative canadienne de collaboration en santé mentale.
7. Statistique Canada. (2005). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Cycle 3.1. Compilation de l'ISQ.
8. Stephens, T., Joubert, N. (2001). Le fardeau économique des problèmes de santé mentale. *Les maladies chroniques au Canada*. 22(1).
9. Moore, R., Mao, Y., Zhang, J., Clarke, K. (1997). Economic Burden of illness in Canada. Health Canada: Ottawa.
10. Kates, N., Craven, M., Bishop, J., Cinton, T., Kraftcheck, D., Leclair, K., Leverette, J., Nash, L., Turner, T. (1996). Shared mental health care in Canada, CPA / CFPC Position Paper. Canadian Psychiatric Association and The College of Family Physicians of Canada.
11. Kates, N. (2002). Les soins partagés en santé mentale: la voie à suivre. *Le Médecin de famille canadien*. 48: p. 859-861.

12. Bambling, M., Kavanagh, D., Lewis, G., King, R., King D., Sturk, H., Turpin, M., Gallois, C., Bartlett, H. (2007). Challenges faced by general practitioners and allied mental health services in providing mental health services in rural Queensland. *Australian Journal Rural Health*. 15: p. 126-130.
13. Benigeri, M., Bluteau, J.-P., Roberge, M., Provencher, P., Nadeau, L. (2007). L'utilisation des services de santé mentale par les Montréalais en 2004-2005. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal: Montréal.
14. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2005). Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens. Ministère de la Santé et des Services sociaux: Québec.
15. Toews, J., Lockyer, J., Addington, D., Mc Dougall, G., Ward, R., Simpson, E. (1996). Improving the management of patients with schizophrenia in primary care: assessing learning needs as first step. *Can J Psychiatry*. 41(10): p. 617-622.
16. Burns, T., Kendrick, T. (1997). Care of long-term mentally ill patients by british general practionners. *Psychiatr Serv*. 48: p. 1586-1588.
17. Kushner, K., Diamond, R., Beasley, j. W., Mundt, M., Plane, M. B., Robbins, K. (2001). Primary care physisians' experience with mental health consultation. *Psychiatr Serv*. 52(6): p. 838-840.
18. Brown, J.B., Lent, B., Takhar J., Bishop, J. (2002). Caring for seriously mentally ill patients. *Can Fam Physician*, 48(5): p. 915-922.
19. Lester, H., Tritter, J.Q., Sorohan, H. (2005). Patients' and health professionals' views on primary care for people with serious mental illness: focus group study. *Bmj*. 330(7500): p. 1122.
20. Farand, L., Yao, M. (2003). La psychiatrie et les soins de santé primaire: une possible intégration? Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Faculté de médecine, Université de Montréal: Montréal.
21. Tweed, D.L., Goering, P.R.N., Lin, E., Williams, J.I. (1998). Psychiatric Morbidity and Physician Visits: Lessons From Ontario. *Medical Care*. 36(4): p. 573-585.
22. Forrest, C.B., Majeed, A., Weiner, J.P., K. Carroll, Bindman, A.B. (2002). Comparison of specialty referral rates in the United Kingdom and the United States: retrospective cohort analysis. *Bmj*. 325(7360): p. 370-1.
23. Kates, N., Fugere, C., Farrar, S. (2004). Family physician satisfaction with mental health services: findings from a community survey. *CPA bulletin*. 36(2): p. 10-14.

24. Dewa, C.S., Rochefort, D. A., Rogers, J. and P. Goering, Left behind by reform: the case for improving primary care and mental health system services for people with moderate mental illness. *Appl Health Econ Health Policy*. 2(1): p. 43-54.
25. Dilts, S.L.Jr., Mann N., Dilts, J.G. (2003). Accuracy of referring psychiatric diagnosis on a consultation-liaison service. *Psychosomatics*. 2003. 44(5): p. 407-411.
26. Wright, M., Harmon, K.D., Bowman, J.A., Lewin, T.J., Carr, V.J. (2005). Caring for depressed patients in rural communities: general practitioners' attitudes, needs and relationships with mental health services. *Australian Journal Rural Health*. 13: p. 21-27.
27. Gilbert, A. (2003). La santé mentale des adolescents québécois: Quel rôle pour les omnipraticiens. Département de Médecine sociale et préventive. Université de Montréal, Montréal.
28. Fleury, M.J., Grenier, G., Cazale, L., Perreault, M. (2008). Integration Strategies in Mental Health Care: Lessons Drawn from a Pilot Project. *Canadian journal of Community Mental Health*, in press.
29. Fleury, M.J., Mercier, C., Denis, J.L. (2002). Regional planning implementation and its impact on integration of mental health care network. *The International Journal of Health Planning and Management*. 17(4): p. 315-332.
30. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (1998). Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale. Québec : gouvernement du Québec.
31. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2001). Le système de santé et des services sociaux au Québec...en bref. Québec : Gouvernement du Québec.
32. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2001). Transformation des services de santé mentale, État d'avancement du plan d'action de septembre 1998. Québec : Gouvernement du Québec.
33. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2000). Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, rapport et recommandations. Commission Clair, Gouvernement du Québec.
34. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2002). Lignes directrices pour l'implantation de réseaux locaux de services intégrés en santé mentale.
35. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2001). Accentuer la transformation des services de santé mentale, Cibles prioritaires adoptées au

- forum sur la santé mentale de septembre 2000. Québec : Gouvernement du Québec.
36. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2005). Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens. Québec: Gouvernement du Québec.
 37. Craven M., Bland R., (2006). Meilleures pratiques pour des soins de santé mentale axés sur la collaboration : Une analyse des données existantes, in La revue canadienne de psychiatrie.
 38. Craven, M., Bland, R. (2002). Shared Mental Health Care: A bibliography and overview. *Canadian Journal of Psychiatry*. 47(2).
 39. Lamarche, P.A., Beaulieu, M.-D., Pineault, R., Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., Haggerty, J. (2003). Sur la voie du changement : Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada. Université de Montréal: Montréal.
 40. Fleury, M.-J. (2006). Integrated service networks: The Quebec case. *Health Services Management Research*. 19: p. 153-155.
 41. Fleury, M.J. (2005). Québec Mental Health Services Networks: Models and Implementation. *International Journal of Integrated Care*. 5.
 42. Kates, N., Craven, M., Webb, S., Low, J., Perry, K., Case reviews in the family physician's office. *Can J Psychiatry*, 1992. 37(1): p. 2-6.
 43. Midgley, S., Burns, T., Garland, C. (1996). What do general practitioners and community mental health teams talk about? Descriptive analysis of liaison meeting in general practice. *Br J Gen Pract*. 46(403): p. 69-71.
 44. Meadow, G.N. (1998). Establishing a collaborative service model for primary mental health care. *Med J Aust*. 168(4): p. 162-165.
 45. Wilkinson, G., Piccinelli, M., Falloon, I., Krekorian, H., McLees, S. (1995). An evaluation of community-based psychiatric care for people with treated long-term mental illness. *BR J Psychiatry*. 167(1): p. 26-37.
 46. Plante, M.A. (2006). Psychiatre répondant. Nouveau rôle associé à la hiérarchisation des services. *Le Spécialiste*. 8(1): p. 11.
 47. Romanow, R.J. (2002). Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada: Ottawa.
 48. Gouvernement du Québec (2000). Rapport et recommandations - Les solutions émergentes. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux.

49. Collège des médecins de famille du Canada. (2000). Soins de première ligne et médecine familiale au Canada. Une ordonnance de renouvellement. Document de prise de position. Mississauga.
50. Beaulieu, M.-D., et al. (2006), L'implantation des groupes de médecine de famille: le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle. Chaire Docteur Sadok Besrouer en médecine familiale: Montréal. 27 p.
51. Dutil, R. (2004). Complémentarité plutôt que substitution. *Le Médecin de Québec*. 39(2): p. 11-12.
52. Gouvernement du Québec. (2002). Projet de loi n° 90 - Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, Éditeur officiel du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
53. Trudeau, J.-B., De Grandmont, S., Lafrance, L., Poitras, L. (2007). La «loi 90» : la force de l'interdisciplinarité. Des connaissances et des compétences à partager, in *Le système sociosanitaire au Québec. Gouvernance, régulation et participation*. p. 264-272.
54. Gouvernement du Québec. (2007). Projet de loi n° 50 - Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, Éditeur officiel du Québec. Ministère de Santé et des Services sociaux.
55. Hodges, B., Inch, C., Silver, I. (2001). Improving the Psychiatric Knowledge, Skills, and Attitudes of Primary Care Physicians, 1950-2000: A Review. *American Journal of Psychiatry*. 158(10): p. 1579-1586.
56. Starfield, B., Shi, L., Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 83(3): p. 457-502.
57. Doggett, J. (2007). A new approach to primary care for Australia. Centre for policy development: Sydney, NSW. p. 1-27.
58. Engstrom, S., Foldevi, M., Borgquist, L. (2001). Is general practice effective? A systematic literature review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 19: p. 131-144.
59. Thornicroft, G., Tansella, M. (2003). Quels sont les arguments en faveur des soins et des services de santé de proximité. Bureau régional d'Europe de l'OMS, réseau des bases factuelles en santé (HEN pour Health evidence Network).

60. Blount, A. (1998). Introduction to integrated primary care, in: Blount A., editor, *Integrated primary care : the future of medical and mental health collaboration*. New York: Norton. p. 1-43.
61. Lester, H.T., Glasby, J., Tylee, A. (2004). *Integrated primary mental health care : threat or opportunity in the new NHS?* *Br J Gen Prat.* 54(501): p. 285-291.
62. Bazelon center for mental health law. (2004). *Get it together: how to integrate physical and mental health care for people with serious mental disorders*. Washington, DC: The Center.
63. Mauer, B.J. (2003). *Background paper: behavioral health/primary care integration models, competencies, and infrastructure*. National Council for Community Behavioral Healthcare (NCCBH): Rockville.
64. Jenkins, R., Strathdee, G. (2000). *The integration of mental health care with primary care*. *Int J Law Psychiatry.* 23(3-4): p. 277-291.
65. Paulter, K., Gagné, M.-A. (2005). *Bibliographie annotée des soins de santé mentale axés sur la collaboration*. Initiative Canadienne de collaboration en santé mentale.
66. Savard, I., Rodrigue, J. (2007). *Des omnipraticiens à la grandeur du Québec. Évolution des effectifs et des profils de pratique. Données de 1996-1997 à 2005-2006*. Direction de la planification et de la régionalisation – FMOQ.
67. Trottier, L.-H., Fournier, M.-A., Diene, C.P., Contandriopoulos, A.-P. (2003). *Les soins de santé primaires au Québec*. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. Secteur de santé publique. Faculté de médecine. Université de Montréal.
68. Rodrigue, J., Vennat, M., Savard, I., Ruel, M. (2006). *Rapport annuel 2005-2006 - Direction de la planification et de la régionalisation et service des communications FMOQ*.
69. Fournier, M.-A., Contandriopoulos, A.-P. (2005). *Caractéristiques des médecins et de leur pratique selon le temps consacré à leurs activités professionnelles*. GRIS - Université de Montréal: Montréal. 63 p.
70. Contandriopoulos, A.-P., Fournier, M.-A., Borges da Silva, R., Leduc, N. (2007). *Analyse de l'évolution de l'offre des services médicaux dans une perspective de planification de la main-d'oeuvre médicale au Québec*. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS): Ottawa (Ontario).
71. Macnaughton, E., Waraich, P., (2006). *Analyse des initiatives, Annexe C : Évaluations des initiatives. Document 5 Soins de santé mentale axée sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires : Un examen des*

- initiatives canadiennes. Initiative canadienne de collaboration en santé mentale: Mississauga, Ontario. p. 83-98.
72. Ballester, D.A., Filippon, A. P., Braga, C., Andreoli, S.B. (2005). The general practitioner and mental health problems: challenges and strategies for medical education. *Sao Paulo Med J.* 123(2): p. 72-6.
 73. Katerndahl, D., Ferrer, R. L. (2004). Knowledge about recommended treatment and management of major depressive disorder, panic disorder, and generalized anxiety disorder among family physicians. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 6(4): p. 147-151.
 74. Farand, L., Renaud, J., Chagnon, F. (2004). Adolescent suicide in Quebec and prior utilization of medical services. *Can J Public Health.* 95(5): p. 357-60.
 75. Collins, K.A., Wolfe, V.V., Fisman, S., DePace, J., Steele, M. (2006). Managing depression in primary care, in *Le médecin de famille canadien.* p. 878-879.
 76. Kates, N., Crustolo, A. M., Farrar, S., Nikolaou, L. (2002). Counsellors in primary care: benefits and lessons learned. *Canadian Journal of Psychiatry.* 47(9): p. 857-62.
 77. Kates, N., Ackerman S. (2002). Shared mental health care in Canada : a compendium of current projects. *Canadian Psychiatric Association and College of Family Physicians in Canada.*
 78. Druss, B.G. (2007). Improving medical care for persons with serious mental illness: challenges and solutions. *J Clin Psychiatry.* 68 Suppl 4: p. 40-4.
 79. Katon, W., Von Korff, M., Lin, E., Simon, G., Walker, E., Unützer, J., Bush, T., Russo, J., Ludman, E. (1999). Stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of depression; A randomized trial. *Archives of General Psychiatry.* 56(12): p. 1109-1115.
 80. Hunkeler, E.M., Mersman J.F., Hargreaves W.A., Fireman B., Berman W.H., Kirsch A.J., Groebe J., Hurt S.W., Braden P., Getzell M., Feigenbaum P.A., Peng T., Salzer M. (2000). Efficacy of nurse telehealth care and peer support in augmenting treatment of depression in primary care. *Archives of Family Medicine.* 9: p. 700-708.
 81. Hedrick, S.C., Chjaney, E.F., Felker, B., Lui, C., Hasenberg N., Heagerty P., Buchana, J., Bagaka, R., Greenberg, D., Paden, G., Fihn, S.D., Katon, W. (2003). Effectiveness of collaborative care depression treatment in Veteran's Affairs primary care. *Journal of General Internal Medicine.* 18: p. 9-16.

82. Katzelnick, D.J., Simon, G.E., Pearson, S.D., Manning, W.G., Helstad, C.P., Henk, H.J., Hole S.M., Lin, E.H.B., Taylor, L.H., Kobak, K.A. (2000). Randomized trial of depression management program in high utilizers of medical care. *Archives of Family Medecine*. 9: p. 345-51.
83. Walker, E.A., Katon E.J., Russo J., Von Korff M., Lin E., Simon G., Bush T., Ludman E., Unützer J. (2000). Predictors of outcome in primary care depression trail. *Journal of General Internal Medicine*. 15: p. 859-67.
84. Unutzer, J. (2007). Clinical practice. Late-life depression. *N Engl J Med*. 357(22): p. 2269-2276
85. Goldberg, D., Jackson, G., Gater, R., Campbell, M., Jennett, N. (1996). The treatment of common mental disorders by a community team based in primary care: a cost-effectiveness study. *Psychological Medicine*. 26(3): p. 487-92.
86. Cook, S., Howe A. (2003). Engaging people with enduring psychotic conditions in primary mental health care and occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy*. 66: p. 236-246.
87. Druss, B.G., Rorhbaugh R.M., Levinson C.M., Rosenheck R.A. (2001). Integrated medical care for patients with serious psychiatric illness. *Archives of General Psychiatry*. 58(9): p. 861-68.
88. Stip, E., Boyer, R., Sepehry, A. A., Rodriguez, J.P., Umbricht, D., Tempier, A., Simon, A.E. (2007). On the front line: survey on shared responsibility. *General practitioners and schizophrenia. Santé mentale au Québec*, 32(1): p. 281-97.
89. Kendrick, T., Burns, T., Freeling, P., Sibbald, B. (1994). Provision of care to general practice patients with disabling long-term illness: a survey in 16 practices. *Br J Gen Pract*. 44(384): p. 301-305.
90. Rost, K., Zhang, M., Fortney, J., Smith, J., Coyne, J., Smith, G. R. Jr. (1998). Persistently poor outcomes of undetected major depression in primary care. *Gen Hosp Psychiatry*. 20(1): p. 12-20.
91. Wittchen, H.U., Kessler, R.C., Beesdo, K., Krause, P., Hofler, M., Hoyer, J. (2002). Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 63 Suppl (8): p. 24-34.
92. Anseau, M., D.M., Buntinkx, F., Cnockaert, P., De Smed,t J., Van Den Haute, M., Vander Mijnsbrugge, D. (2004). High prevalence of mental disorders in primary care *Journal of Affective Disorders*. 78 (1): p. 49-55.

93. Berardi, D., Menchetti, M., Cevenini, N., Scaini, S., Versari, M., De Ronchi, D. (2005). Increased recognition of depression in primary care. Comparison between primary-care physician and ICD-10 diagnosis of depression. *Psychother Psychosom.* 74(4): p. 225-30.
94. Craven, M.A., Cohen, M., Campbell, D., Williams, J., Kates, N. (1997). Mental health practices of Ontario family physicians: a study using qualitative methodology. *Can J Psychiatry.* 42(9): p. 943-9.
95. William, J. (1999). *Integrated Health Care: Lessons Learned.* Englewood: Medical Group Management Association. 398 p.
96. Association des Psychiatres du Canada (2006). Guide de pratique clinique: Traitement des troubles anxieux *Can J Psychiatry.* 51(2): p. 1-97.
97. Canmat Depression Workgroup (2001). Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. 46(Suppl 1): p. 5-90.
98. Roberge, P., Fournier, L., Nguyen, C.T., Duhoux, A., (en préparation) Quality of care for anxiety disorders in Canada
99. Kates, N., Craven, M., Crustolo, A. M., Nikolaou, L., Allen, C. (1997). Integrating mental health services within primary care. A Canadian program. *Gen Hosp Psychiatry.* 19(5): p. 324-32.
100. Robinson, W.D., Geske, J.A., Prest, L.A., Barnacle R. (2005). Depression traitement in primary care. *Journal of the American board of family practice.* 18(2).
101. Nazareth, I.D., King, M.B. (1992). Controlled evaluation of management of schizophrenia in one general pratctice: a pilot study. *Fam Pract.* 9(2): p. 171-172.
102. Coulter, A. (1998). Managing demand at the interface between primary and secondary care. *Bmj.* 316(7149): p. 1974-6.
103. Haikio, J.P., Linden, K., Kvist, M. Outcomes of referrals from general practice. *Scand J Prim Health Care,* 1995. 13(4): p. 287-93.
104. Valenstein, M., Klinkman, M., Becker, S., Blow, F. C., Barry, K. L., Sattar, A., Hill, E. (1999). Concurrent treatment of patients with depression in the community: provider practices, attitudes, and barriers to collaboration. *J Fam Pract.* 48(3): p. 180-7.

105. Rockman, P., Salach, L., Cord, M., Turner, T. (2004). Shared mental health care. Models for supporting and mentoring family physicians. *Can Fam Physician*. 50(3): p. 397-402.
106. Taylor, J.R., Wilkinson, G. (1997). Working at the interface between primary and secondary care. *Br J Psychiatry*. 170: p. 486.
107. Maguire, N., Cullen, C., O'Sullivan M., O'Grady-Walshe, A. (1995). What do Dublin GPs expect from a psychiatric referral? . *Ir Med J*. 88(6): p. 215-216.
108. Lucena, R., Lesage, A. (2002). Family physicians and psychiatrists: Qualitative study of physicians' views on collaboration. *Canadian Family Physician/Le Médecin de famille canadien*. 48: p. 923-929.
109. Burley, H.J. (2002). What do family physicians want from psychiatrists? *CPA bulletin*. 34(6): p. 29-31.
110. Biderman, J., Yeheskel, A., Tandeter, H., Umansky, R., (1999). Advantages of the psychiatric liaison-attachement scheme in a family medicine clinic. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 36: p. 115-121.
111. Nickels, M.W., McIntyre, J.S. (1996). A model for psychiatric services in primary care settings *Psychiatr Serv*. 47: p. 522-526.
112. Corner, R.H. (1996). Links between mental health care and general practices in England and wales: the impact of GP fundholding. *Br J Gen Pract*. 46: p. 221-224.
113. Carr, V.J., Lewin, T. J., Barnard, R. E., Walton, J. M., Allen, J.L., Constables, P. M., Chapman, J.L. (2004). Attitudes and roles of general practitioners in the treatment of schizophrenia compared with community mental health staff and patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 39(1): p. 78-84.
114. Holden, J. (1996). The attitude of general practitioners in North-West England to patients with schizophrenia. *Ir J Psychol Med*. 13: p. 65-66.
115. Kates, N. (2002). Shared mental health care. The way ahead. *Can Fam Physician*. 48: p. 853-855 et 859-861.
116. Kates, N., Craven, M., Bishop, J., Cinton, T., Kraftcheck, D., Leclair, K., Leverette, J., Nash, L., Turner, T. (1997). Shared mental health care in Canada. *Can J Psychiatry*. 42(8): suppl 12 p.
117. Bindman, J., Johnson, S., Wright, S. (1997). Integration between primary and secondary services in the care of the severely mentally ill : patients' and general practitioners' views *Br J Psychiatry*. 171: p. 169-74.

118. Fleury, M.-J., et al., (en cours). Rôle des médecins de famille en santé mentale et coordination avec les réseaux intégrés des services.
119. Gagné, M.-A. (2005). Avancement des objectifs des soins de santé mentale axés sur la collaboration. Initiative canadienne de collaboration en santé mentale: Mississauga, Ontario.
120. Ouadahi, Y., Fleury, M.J., Lesage, A. (2007). Rapport de recherche. Consultation des données de 2002 de la régie d'assurance maladie du Québec sur la maladie mentale (RAMQ). Institut Universitaire Douglas: Montréal.
121. Tepper, J. (2004). L'évolution du rôle des médecins de famille au Canada. Institut canadienne d'information sur la santé.
122. Rothman, A.A., Wagner, E.H. (2003). Chronic Illness Management: What Is the Role of Primary Care? *Annals of Internal Medicine*. 138(3): p. 256-262.
123. Wallot, H., Yale J.P. (2005). Dialogue autour d'un plan. *Journal de l'AMPQ*. 9 (3): p. 19-24.
124. Barbeau, D., Perron, S., Ouellet, V., Morency, P. (2001). Un regard critique sur les services de consultation sans rendez-vous. *Le médecin du Québec*. 36(1): p. 71-75.
125. Lang, F.H., Johnstone, E.C., Murray, G.D. (1997). Service provision for people with schizophrenia II. Role of general practioner. *Br J Psychiatry*. 171: p. 165-8.
126. Hodges, B., Inch, C., Silver, I. (2001) Improving the Psychiatric Knowledge, Skills, and Attitudes of Primary Care Physicians, 1950-2000: A Review. *American Journal of Psychiatry*. 158(10): p. 1579-1586.
127. Boulé, C.J., McSherry, J.A. (2002). Patients with eating disorders, in *Le Médecin de famille canadien*. p. 1807-1813.
128. Weil, T.P. (2000). Is vertical integration adding value to health systems? *Managed Care Interface*. 13(4): p. 57-62.
129. Glouberman, S., Mintzberg, H. (2001). Managing the Care of Health and the Cure of Disease- Part I: Differentiation. *Health Care Management Review*. 26(1): p. 56-69.
130. Friedman, L., Goes, J. (2001). Why Integrated Health Networks Have Failed. *Frontiers of Health Services Management*. 17(4): p. 3-28; 51-54.
131. OMS. (2004). World Mental Health Survey Consortium, Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health

- Organisation Mental Health Surveys. *Journal of American Medical Association*. 291(21): p. 2581-2590.
132. Balanchandra, K. (2005). How bipolar disorders are managed in family practice. *Canadian Family Physician*. 51(4): p. 535-537.
 133. Grembowski, D.E., Martin, D., Patrick, D. L., Diehr, P., Katon, W., Williams, B., Engelberg, R., Novak, L., Dickstein, D., Deyo, R., Goldberg, H.I. (2002). Managed care, access to mental health specialists, and outcomes among primary care patients with depressive symptoms. *J Gen Intern Med*. 17(4): p. 258-69.
 134. Younes, N., Gasquet, I., Gaudebout, P., Chaillet, M.-P., Kovess, V., Falissard, B., Bayle, H. M.-C. (2005). General practitioners' opinion on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. *BMC Family Practice*. 6(18).
 135. Carr, V.J., Lewin, T.J., Reid, L.A., Walton, J.M., Faehrmann, C. (1997). An evaluation of the effectiveness of a consultation-liaison psychiatry service. *Australian and New Zealand Journal of psychiatry*. 31: p. 714-725.
 136. Bower, P., Sibbald, B. (2000). Systematic review of the effect of on-site mental health professionals on the clinical behavior of general practitioners. *BMJ*. 320: p. 614-617.
 137. Kravitz, R., Franks, P., Feldman, M., Meredith, L., Hinton, L., Franz, C., Duberstein, P., Epstein, R.M. (2006). What Drives Referral from Primary Care Physicians to Mental Health Specialists? *Journal of General Internal Medicine* Subscribers. 21: p. 584-589.
 138. Franks, P., Williams, G.C., Zwanziger, J., Mooney, C., Sorbero, M. (2000). Why do physicians vary so widely in their referral rates? *J Gen Intern Med*. 15(3): p. 163-168.
 139. Watson, D., Krueger, H. (2005). Primary Health Care Experiences and Preferences: Research highlights, in Centre for Health Services and Policy Research. The University of British Columbia: Vancouver (BC).
 140. Ansseau, M., Dierick, M., Buntinx, F., Cnockaert, P., De Smedt, J., Van Den Haute, M., Vander Mijnsbrugge, D. (2004). High prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Disord*. 78(1): p. 49-55.
 141. Grenier, G., Fleury, M.-J., Perreault, M. (in press: spring 2009). Rôle des organismes communautaires en santé mentale au Québec et dynamique partenariale. *Santé mentale au Québec*, numéro spécial sur les soins primaires et la santé mentale.

142. Santé Canada. (2002). Le fond pour l'adaptation des services de santé ; série de rapports de synthèse, la prestation de services intégrés. 37 p.
143. Kirby, M.J.L. (2006). Out of the Shadows at Last, Science and Technology. The Standing Senate Committee on Social Affairs, Editor. The Senate of Canada: Ottawa. 281 p.
144. Savard, I., Gaucher, S., Rodrigue, J., Dubé, R., Villeneuve, P. (2005). Les Médecins de famille de nouveau sous la loupe. *Le Médecin du Québec*. 40(1): p. 105-116.
145. Le Collège des Médecins de Famille du Canada. (2004). Sondage nationale 2004 auprès des médecins. Association Médicale Canadienne.
146. Le Collège des Médecins de Famille du Canada. (2007). Sondage national auprès des médecins. Association Médicale Canadienne.
147. Kisely, S., Duerden, D., Shaddick, S., Jayabarathan, A. (2006). Collaboration between primary care and psychiatric services, in *Le médecin de famille canadien*. p. 876-877.

**ANNEXE 1 : ACCORD DES COAUTEURS ET
PERMISSION DE L'ÉDITEUR**

ACCORD DES COAUTEURS ET PERMISSION DE L'ÉDITEUR**A) Déclaration des coauteurs d'un article****1. Identification de l'étudiant et du programme**

Imboua Armelle,
DASUM, Administration des services de santé, option analyse et évaluation du système de santé.

2. Description de l'article

Armelle Imboua, Marie-Josée Fleury
Pratiques et intégration des soins de santé mentale par les médecins omnipraticiens au Québec
Revue santé mentale au Québec, printemps 2009.
Article soumis pour publication (accepté avec des modifications mineures).

3. Déclaration de tous les coauteurs autres que l'étudiant

À titre de coauteur de l'article identifié ci-dessus, je suis d'accord pour que Madame Armelle Imboua inclue cet article dans son mémoire de maîtrise qui a pour titre profil de pratique des médecins omnipraticiens en santé mentale au Québec.



12/12/2008

Coauteur Signature Date

B) Permission de l'éditeur d'une revue ou d'un livre**1. Identification de la revue ou du livre**

Revue santé mentale au Québec
C.P. 548, surcc Place d'Armes
Montréal, Québec (Canada), H2Y 3H3

2. Identification de l'éditeur ou des éditeurs

Dr Yves Lecomte, Directeur de la revue

3. Identification de l'article

Armelle Imboua & Marie-Josée Fleury
Pratiques et intégration des soins de santé mentale par les médecins omnipraticiens au Québec,
Revue Santé Mentale au Québec, Numéro spécial sur les soins primaires en santé mentale, Printemps 2009.

L'étudiante, Madame Armelle Imboua est autorisée à inclure l'article ci-dessus dans son mémoire de maîtrise qui a pour titre profil de pratique des médecins omnipraticiens en santé mentale au Québec.



16/12/2008

Éditeur Signature Date

Y. LECOMTE

ANNEXE 2 : Article de Journal

Pratiques et intégration des soins de santé mentale par les médecins
omnipraticiens au Québec.

Article à paraître dans la Revue Santé mentale au Québec au printemps 2009. Numéro spécial sur l'intégration des soins primaires et des services de santé mentale (Cette version est sujette à changement).

Pratiques et intégration des soins de santé mentale par les médecins omnipraticiens au Québec

Auteur no 1 :

Armelle Imboua
M.D., MSc candidate
Agente de recherche
Centre de recherche de l'Hôpital Douglas,
6875 LaSalle, Montréal, Québec, Canada, H4H 1R3
Téléphone: (514) 761-6131 ext. 2374
Fax: (514) 762-3049
Email: armelle.imboua@douglas.mcgill.ca

Auteur no 2:

Marie-Josée Fleury
Professeur adjoint
Département de Psychiatrie
Université McGill
Téléphone: (514) 761-6131 ext. 4344
Fax: (514) 762-3049
Email: flemar@douglas.mcgill.ca

Remerciements

Cette étude est financée par les Instituts de Recherche en santé du Canada (IRSC), le Fonds de la Recherche en Santé du Québec (FRSQ) et des partenaires décideurs. Nous voudrions les remercier ainsi que les médecins omnipraticiens qui ont bien voulu participer à l'étude, les membres de l'équipe de recherche, particulièrement Youcef Ouadahi et Jean-Marie Bamvita. Un remerciement spécial au Dr Paul Lamarche pour ses commentaires apportés au manuscrit.

Résumé

Objectifs : Cet article vise à mettre en évidence le rôle central des médecins omnipraticiens (MO) du Québec en santé mentale, à identifier si leur pratique clinique et de collaboration selon qu'ils exercent en territoire urbain, semi-urbain ou rural, est orientée vers une intégration des services de santé mentale, et à développer des stratégies d'intégration privilégiées, selon leur contexte. **Méthodologie :** Cette étude transversale est basée sur 398 MO représentatifs de l'ensemble des MO du Québec qui avaient à répondre à un questionnaire. **Résultats :** Il ressort de l'étude que les MO jouent un rôle central en santé mentale. Selon les territoires, ils ont un profil socio-démographique et de pratique qui diffèrent. Les types de territoire et le degré de gravité du trouble de santé mentale influencent la propension des MO à intégrer les soins de santé mentale. Enfin, les MO pratiquent majoritairement en silo, mais soutiennent un renforcement de l'intégration des services de santé mentale. **Conclusion :** Afin d'améliorer l'intégration des services de santé mentale, des incitatifs plus proactifs devraient être soutenus par les élites politiques, adaptés en fonction de la gravité des cas pris en charge, et des milieux (urbains, semi-urbains ou ruraux). Néanmoins, la pénurie des ressources, particulièrement frappante en milieu rural, et l'insuffisance de mécanismes d'aide à la décision clinique réduisent les relations interprofessionnelles et limitent sérieusement l'intégration du dispositif de soins.

Mots clés : (1) profil des médecins omnipraticiens, (2) soins primaires, (3) soins partagés, (4) réseau intégré de services, (5) système de santé mentale, (6) troubles de santé mentale.

Abstract

Objectives: This article aims to highlight the central role of general practitioners (GPs) of Quebec in mental health, to identify if their clinical practice and collaboration as they have in urban, semi-urban or rural, is oriented towards integration of mental health services and to develop preferred strategies for integration, depending on their context. **Methodology:** This cross study is based on 398 GPs representative of all GPs of Quebec who had to answer a questionnaire. **Results:** The study shows that GPs play a central role in mental health. According to the territories, they have a different socio-demographic and practice profiles. The types of territory and the degree of severity of mental health disorder influence the propensity of GPs to integrate mental health care. Finally, GPs practiced mostly in silos, but they support greater integration of mental health services. **Conclusion:** To improve the integration of mental health services, more proactive incentives should be supported by political elites, adapted to the gravity of the case managed, and environments (urban, semi-urban or rural). However, shortage of resources, particularly striking in rural areas, and inadequate mechanisms for clinical decision need, reduce the inter-relations and severely limit the integration of the care.

Key words: (1) general practitioners profile, (2) primary care, (3) shared care, (4) integrated network services, (5) mental health system, (6) mental health disorders.

Introduction

En raison du contexte de contrainte budgétaire, de la multiplication des distributeurs de soins et des nouvelles technologies ainsi que de la forte demande populationnelle envers les soins, le système de santé au Québec est en transformation, en vue d'améliorer sa performance. Les transformations visent à rationaliser les services en réduisant les problèmes de coordination et de continuité, à développer des pratiques basées sur les données probantes, mais aussi à éviter le dédoublement des services. C'est ainsi qu'à la fin des années 1990, l'intégration des services, établit par des réseaux intégrés de services (RIS) a été mise de l'avant comme solution en vue de réformer l'organisation des services de santé [1-4]

Les RIS sont présentés comme un modèle d'organisation qui soutien un continuum de services coordonnés à une population définie dont ils détiennent la responsabilité. Ils visent le renforcement de l'efficience du système, de la qualité des services, tout en contribuant à l'amélioration de la santé et du bien être des personnes, particulièrement aux prises avec des problèmes chroniques ou complexes de santé [5-7]. Les RIS impliquent trois types d'intégration: clinique (laquelle vise l'implantation de bonnes pratiques et une continuité des services), administrative ou fonctionnelle (i.e. systèmes de gouvernance, d'allocation des ressources, de gestion, incluant les systèmes d'information et d'évaluation, les cadres législatifs sur la régulation de la main d'oeuvre, la planification et les ententes de coordination) et des médecins. L'intégration clinique peut être horizontale, c'est-à-dire s'effectuer entre les différents services offerts pour un même épisode de soins ou verticale, c'est-à-dire entre les différents épisodes de soins. L'intégration fonctionnelle ou administrative agit comme soutien à l'intégration clinique, considérée au cœur du processus d'intégration des services [5, 8]. La notion de réseau apporte une dimension territoriale et/ou une perspective clientèle à la notion d'intégration des services [8, 9]. La mise en œuvre des RIS implique une consolidation des soins primaires et des services dispensés dans la communauté ainsi qu'une intégration du dispositif de soins en vue d'éviter le recours aux soins spécialisés et à l'hospitalisation. Les modèles axés sur les soins primaires et la dispensation des services dans la communauté sont rapportés plus efficaces que la dispensation axée sur les soins spécialisés et une pratique en silo [8, 10].

La réforme en cours au Québec, introduite par le projet de Loi 83 [11], vient soutenir la mise en place de services de santé et de services sociaux intégrés, organisés autour du déploiement des réseaux locaux de service (RLS)¹⁰ – 95 au total au Québec) où l'accent est mis sur la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services de santé. Les *Plans d'action* du MSSS de 1998-2002 et de 2005-2010 complètent les orientations à

¹⁰ En santé mentale, ces RLS comprennent généralement : un CSSS, des cliniques médicales de médecins omnipraticiens (MO), des pharmacies et des organismes communautaires intervenant dans différents domaines (voir l'article de Grenier et Fleury dans ce numéro). Ils doivent aussi se coordonner avec des ressources plus spécialisées dont les mandats sont régionaux ou supra-régionaux, tels que les hôpitaux psychiatriques.

implanter pour la transformation du système de santé mentale [11, 12]. Le premier plan d'action a surtout ciblé le déploiement d'une gamme variée de services (ex.: suivi intensif et d'intensité variable, services de crises), et la consolidation des services dans la communauté offerts à la clientèle présentant des troubles graves de santé mentale (TG.SM : ex.: schizophrénie, troubles bipolaires), mais aussi la mise en œuvre des RIS en santé mentale. Le second *Plan d'action 2005-2010* se distingue du premier en mettant l'accent sur le soutien au niveau des CSSS de la clientèle aux prises avec des troubles transitoires ou modérés de santé mentale (TTM.SM – ex. : dépression, anxiété, troubles de l'adaptation, troubles de la personnalité) ou ayant des TG.SM, mais dont l'état est stabilisé. Ainsi, des transferts d'effectifs importants sont prévus des hôpitaux psychiatriques et départements de psychiatrie des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) aux CSSS, en vue de consolider les soins primaires, et l'opérationnalisation de modèles de soins partagés et de collaboration¹¹ entre les psychiatres, les équipes déployées en CSSS et les médecins omnipraticiens (MO).

Malgré le rôle central des MO dans les transformations en cours, lesquels constituent la porte d'entrée aux services et sont les dispensateurs principaux des soins primaires [13, 14], très peu d'études se sont intéressées à leurs pratiques en santé mentale, particulièrement au Québec [15-17]. Ainsi pour saisir l'ampleur de la réforme proposée et appréhender l'importance des efforts à y consacrer pour sa réussite, de meilleures connaissances sont requises. Nos objectifs sont : 1) de mettre en évidence le rôle central des MO en santé mentale au Québec et l'importance qu'ils attribuent à ce rôle, selon les types de territoire¹²; 2) d'identifier si la pratique clinique et la pratique collaborative des MO selon les contextes est orientée vers une meilleure intégration des soins de santé mentale; et 3) d'établir les conditions ou mécanismes d'intégration privilégiés par les MO, selon leur contexte de pratique.

Méthodologie

Échantillon

Une enquête transversale a été menée auprès de 1415 MO de neuf RLS compris dans cinq régions sociosanitaires du Québec, soit 19% des MO de la province. Les RLS compris dans l'étude ont été sélectionnés de façon à obtenir une bonne représentativité des territoires urbains, semi-urbains et ruraux (dont certains comportant un hôpital psychiatrique). Les MO sélectionnés étaient

¹¹ Les soins partagés impliquent un dispositif de coordination surtout axé sur le soutien des MO par les psychiatres. Les soins de coordination impliquent davantage une équipe d'intervention psychosociale, incluant des médecins spécialisés en santé mentale (lesquelles résultent des transferts effectués dans les CSSS), qui sera appelée à intervenir par l'intermédiaire d'un guichet d'accès auprès des MO pour les soutenir dans leur intervention.

¹² Il s'agit des territoires de CSSS urbains (Capital-nationale, Québec Nord, Pierre boucher, Verdun, LaSalle) : au moins 100 000 habitants, ruraux (Pontiac, Etchemin) : moins de 10 000 habitants, et semi-urbains (Haute-yamaska, Littoral) : au moins 10 000 habitants, avec une banlieue rurale (Statistique Canada).

aussi représentatifs de la diversité de profils de pratique : pratique en solo ou de groupe en clinique privé, CLSC, centre hospitalier, groupes de médecine de famille (GMF), cliniques-réseau et clinique sans rendez-vous.

Collecte des données et taux de réponses

Les résultats de la recherche sont tirés d'un questionnaire auto-administré élaboré par l'équipe de recherche, balisé par une revue exhaustive de la littérature, et validé par une équipe multidisciplinaire (décideurs, MO et psychiatres). Le questionnaire, qui a été pré-testé, comporte 143 items, soit de type catégoriel, soit construits selon des échelles de Likert à quatre niveaux (1 = très en désaccord; 4 = très en accord). Les items sont regroupés en six dimensions : 1) profils socio-démographiques des MO, 2) caractéristiques des patients desservis, 3) profil de pratiques cliniques des MO, 4) collaboration développée entre les MO et les ressources de santé mentale, 5) perception des MO de la qualité des services de santé mentale et 6) soutien des MO aux stratégies de collaboration à promouvoir pour une meilleure intégration des services.

Des 1415 MO visés par l'enquête, 183 ont été exclus, car ils étaient retraités ou avaient déménagé. 170 sujets ont également été exclus, car pour des raisons inconnues, ils n'ont pas pu être rejoints ni par téléphone, ni par courriel pour vérifier s'ils avaient reçu le questionnaire. Ainsi, des 1062 questionnaires restant, 435 ont été retournés, pour un taux de réponse de 41%. Sur ce nombre, 37 MO ont été retirés du bassin de répondants (26 ne pratiquaient plus, et 11 n'avaient pas répondu au questionnaire d'une façon satisfaisante). L'échantillon final comprend 398 MO.

Analyses

Des analyses descriptives ont été réalisées par rapport à l'échantillon total des MO et selon les types de territoires (urbaines, semi-urbains et ruraux). Les distributions de fréquence pour les variables catégorielles et les valeurs moyennes pour les variables continues ont été calculées. Pour les variables collectées en fonction du degré de gravité de la maladie (TTM.SM, TG.SM) et des territoires (urbains, semi-urbains, ruraux), des comparaisons de moyenne entre les groupes ont été effectuées en utilisant le test *t* de Student pour les variables continues, et le test du χ^2 pour les variables catégorielles. Les données manquantes étaient inférieures à 5%, et elles ont été remplacées par la valeur moyenne correspondant au profil clinique du répondant (ex.: MO en pratique solo, de groupe, CLSC). Le seuil de signification pour les analyses statistiques a été fixé à 0,05.

Résultats

1. Portrait de la pratique clinique des MO en santé mentale

Contrairement à la population des MO du Québec où les hommes sont plus nombreux (55%), le nombre de femmes dans notre échantillon est un peu plus élevé que celui des hommes (51%), il en est de même au niveau de chacun des territoires (urbains = 51,1%; semi-urbains = 51%; ruraux = 53% ; $\chi^2 = 0,049$; dl = 2; p = 0,976). La proportion des MO âgés de 46 à 55 ans est la plus élevée (42%), suivi de celle des MO de 36 à 45 ans (33%). Toutefois, aucune différence significative n'a été trouvée entre les répondants et ceux de la population des MO du Québec par rapport aux groupes d'âge et le genre (âge : $\chi^2 = 20,00$; dl = 16; p = 0,220 – Genre : $\chi^2 = 3,44$; dl = 1; p = 0,060). Les femmes dans notre échantillon sont plus jeunes que les hommes (homme: moyenne d'âge = 52 ans; DS : 10; 95% IC: 51-53; femme: moyenne d'âge = 44 ans; DS = 7; 95% IC: 43-45; t [396] = 91,9; p < 0,001). Les MO en territoire rural sont significativement plus jeunes (43,4 ans) que les MO en territoire urbain (48,1) et semi-urbain (48,7) (p=0,013).

En général, les MO ont un lieu de pratique majoritaire où ils font plus de 50% de leurs heures hebdomadaires. Mais les MO des territoires ruraux ont en moyenne plus de lieux de pratique comparativement aux deux autres territoires (p<0,001). La distribution de notre échantillon est aussi comparable à la population des MO du Québec, en ce qui concerne le profil de pratique clinique : 70% des MO ont une pratique en cabinet médical privé, versus 80% dans notre échantillon ($\chi^2 = 2,67$; dl = 1; p = 0,10); 27% en CLSC versus 24% ($\chi^2 = 0,24$; dl = 1; p = 0,63); 57% à l'hôpital versus 49% ($\chi^2 = 1,28$; dl = 1; p = 0,26); 25% aux urgences versus 17% ($\chi^2 = 1,93$; dl = 1; P = 0,16) [18]. Le nombre d'heures effectuées par semaine par les MO en territoire rural est significativement plus élevé que celui des MO en territoire urbain (50,03) et semi-urbain (48,67) (p=0,003). Dans les territoires semi-urbains, les MO qui ont un profil de pratique en clinique médicale font le plus d'heures par semaine (47,21 heures), suivi des MO en sans rendez-vous (43,54 heures). Par ailleurs, les MO de notre échantillon affirment recevoir 65% de leur revenu à l'acte, tandis que dans la population générale, il s'agit de 74% ($\chi^2 = 1,90$; dl = 1; p = 0,17).

Dans une semaine type, le nombre de patients rencontrés par les MO en territoire rural (106) est statistiquement plus élevé que celui en territoire urbain (86) (p=0,004). 25% de la clientèle des MO est perçue comme ayant des problèmes de santé mentale, cette proportion s'élève à 20% dans la population des MO du Québec ($\chi^2 = 0,72$; p = 0,39) [19]. Parmi les 56% des cas de trouble de santé mentale pris en charge par les MO (ie. traités et suivis à plus ou moins long terme), les cas de TTM.SM sont les plus nombreux, soit 69%; cette différence est non significative entre les territoires. Peu importe le territoire, les MO font majoritairement du suivi de la médication, effectuent la thérapie de support surtout pour leurs patients présentant des TTM.SM, mais utilisent très peu la psychothérapie que ce soit pour les TTM.SM ou les TG.SM. La différence des moyennes est non significative entre les territoires par rapport à ces trois

interventions. Au cours d'une année, les MO rencontrent en moyenne sept fois leurs patients présentant des troubles de santé mentale (DS : 5; min = 0; max = 27). Il n'existe aucune différence significative entre les territoires pour le nombre de rencontres des patients par année. En ce qui concerne l'intérêt que les MO accordent à intervenir auprès des patients ayant des troubles de santé mentale, 74% considèrent « très important » d'intervenir auprès des cas de TTM.SM, contre 46% auprès des TG.SM. Cette différence est statistiquement significative ($\chi^2 = 1,33$; $p < 0,001$). La tendance est la même pour les territoires urbains et semi-urbains, mais pas pour les territoires ruraux où 50% des MO considèrent qu'il est « important » d'intervenir auprès des cas de TTM.SM, contre 47% auprès des TG.SM ($\chi^2 = 0,18$; $p = 0,67$). Le **Tableau 1** présente d'autres variables relatives aux profils socio-démographiques et de pratique des MO.

2. Intégration des soins de santé mentale par les MO

Dans une semaine type, les MO réfèrent en moyenne deux patients présentant des TG.SM vers d'autres ressources (écart-type=2,52; min=0; max=10), soit 70% des cas et trois patients présentant des TTM.SM (écart-type=3,58; min=0; max=12), soit 17% des cas. Les patients avec des TG.SM sont surtout référés vers les urgences des centres hospitaliers (27%; $\chi^2 = 10,23$; $p = 0,001$), tandis que les cas de TTM.SM le sont surtout vers les cabinets des psychologues (31%; $\chi^2 = 23,25$; $p < 0,001$) et vers les services psychosociaux courants des CLSC (20%; $\chi^2 = 5,99$; $p = 0,010$); ces différences sont statistiquement significatives. On constate que le pourcentage de cas de TG.SM référés vers les urgences des centres hospitaliers est significativement plus élevé en territoire semi-urbain comparativement aux territoires urbains ($p = 0,003$). Il existe aussi une différence significative par rapport au pourcentage de TG.SM référés par les MO vers les organismes communautaires entre les territoires semi-urbains et ruraux qui est plus inférieur pour ces dernières. Les MO en territoire rural réfèrent significativement plus les cas de TTM vers les équipes spécialisés de santé mentale des CLSC comparativement aux MO en territoire urbain; tandis que les MO en territoire urbain réfèrent significativement plus les cas de TTM.SM vers les cabinets des psychologues et les centres de crise par rapport aux MO des territoires semi-urbains et ruraux. Les **Tableaux 2** et **3** fournissent de plus amples informations sur les références et les raisons des références effectuées par les MO selon les types de territoire. Les MO transfèrent leurs patients pour un suivi par les autres ressources, en général pour la gravité des cas (94%) et la complexité des cas (93%). Indépendamment des territoires, les MO suivent cette tendance (urbaines : 92%, semi-urbaines : 96%, rurale : 97%).

L'importance des relations interprofessionnelles des MO a été aussi appréciée par la fréquence de leurs contacts avec les ressources du réseau de la santé mentale. Au cours d'une année, près de la moitié des MO n'a aucun contact avec l'une ou l'autre des différentes ressources en santé mentale (**Tableau 4**). Cette tendance est pratiquement la même en territoire urbain et semi-urbain. Mais en territoire rural, on constate qu'une proportion plus élevée

de MO n'a aucun contact avec l'équipe de psychiatrie (69%) et les psychologues en cabinet privé (72%). En général, plus de 90% des MO n'ont également aucun contact avec les organismes communautaires et les centres de crise, et 14% des MO n'ont pas du tout de contact avec les professionnelles de la santé mentale au cours d'une année. Parmi les MO n'ayant aucun contact, 71% sont en territoire urbain et 16% en rural ($\chi^2 = 61,54$; $p < 0,001$). Par ailleurs, les MO sont faiblement impliqués lors de l'hospitalisation de leur patient (**Tableau 5**).

3. Appréciation et importance accordée par les MO à l'intégration des services de santé mentale

L'appréciation et l'importance accordées par les MO à l'intégration des services de santé mentale ont été évaluées à l'aide de questions portant sur les stratégies de collaboration à promouvoir. Trois aspects ont été abordés: 1) les outils cliniques de travail à privilégier à savoir : les formulaires standardisés de référence, les rapports de consultations et d'hospitalisation; 2) les séances de formation médicale continue et de consultation de support données par le psychiatre; et 3) les stratégies ayant pour but d'améliorer la continuité, l'intégration et l'accessibilité au système de santé mentale.

À l'exception des formulaires standardisés de référence, plus de 90% des MO des différents territoires considèrent qu'il est « important ou très important » de privilégier les outils de travail. La majorité des MO (83%) est également favorable au fait d'avoir des séances de formation et de soutien à la consultation données par un psychiatre dans leur clinique. Parmi eux, 73% préfèrent recevoir les formations et le soutien à la consultation dans leur clinique à un rythme d'une fois au trois mois. Dans l'ensemble, plus de 80% des MO considèrent la plupart des stratégies en lien avec l'amélioration de la continuité, l'intégration des services et l'accessibilité aux professionnels du système de santé mentale, comme étant « importantes ou très importantes », sauf le fait de privilégier l'accès à un psychiatre dans leur clinique qui est supporté par 73% des MO. Par ailleurs, faire des demandes de consultations aux psychiatres les soirs et les fins de semaine, sont des stratégies peu soutenues par les MO. Cette tendance est la même pour les territoires semi-urbains et ruraux. Le **Tableau 6**, nous donne la répartition selon les territoires par rapport aux stratégies relatives aux séances de formations médicales continues, de consultations de support données par le psychiatre, et aux stratégies ayant pour but d'améliorer la continuité, l'intégration et l'accessibilité au système de santé mentale.

Discussion

Cette étude avait pour but d'examiner le profil socio-démographique des MO, leur rôle en santé mentale selon les types de territoires (urbains, semi-urbains et ruraux) et d'identifier si la pratique des MO, selon les territoires, est orientée vers une intégration des soins de santé mentale. Nos résultats montrent que : 1) les MO jouent un rôle central en santé mentale, néanmoins, il existe une différence au niveau du profil socio-démographique et de la pratique des MO selon les territoires; 2) l'intégration des soins de santé mentale par les MO diffère selon le degré de gravité du trouble de santé mentale, mais aussi selon le territoire où ils exercent; 3) les MO sont favorables à l'intégration des services de santé mentale peu importe le type de territoire.

Les MO en territoire rural se démarquent des MO en territoire urbain et semi-urbain. Ils sont plus jeunes, ont plus de lieux de pratique, travaillent plus d'heures par semaine, et rencontrent plus de patients par semaine. L'application du plan régional d'effectifs médicaux depuis 1998 pourrait expliquer que les MO en milieu rural sont plus jeunes. Le champ d'activités des MO plus étendu en territoire rural par rapport à celui de leurs confrères en territoire urbain a déjà été démontré [20]. L'éventail de services médicaux s'élargi au fur et à mesure que l'isolement géographique grandit et que le nombre d'habitants baisse. Aussi, les MO en territoire rural sont plus susceptibles de travailler dans diverses organisations (hôpitaux, centres de soins infirmiers, domicile des patients, etc.) [20]. Ceci expliquerait le nombre d'heures de travail et le nombre de patients rencontrés plus élevés par semaine chez ces derniers.

Le quart des consultations chez les MO relève d'un problème de santé mentale, principalement la dépression et l'anxiété, et ils prennent plus en charge les cas moins graves comme les TTM.SM. Ces constats sont relevés dans la littérature [21-25], et sont les mêmes quelque soit le territoire de pratique des MO. Ainsi, le rôle primordial que jouent les MO dans les différents territoires au Québec en santé mentale est démontré [10, 16, 17, 26, 27]. Contrairement aux territoires urbains et semi-urbains, les MO en territoire rural accordent autant d'importance à intervenir auprès de patients souffrant de TTM.SM que de ceux souffrant de TG.SM. Ceci s'expliquerait par le fait que les MO en territoire rural sont plus susceptibles d'assumer des tâches cliniques relevant normalement de spécialistes en territoire urbain. Ce faisant, ils aident à atténuer les effets indésirables attribués au manque de spécialistes, et rendent certaines activités plus accessibles [28-30]. Mais ces activités accaparent leur temps de travail, et réduisent aussi leur accessibilité, car ils sont moins nombreux à pouvoir recevoir les patients dans un délai de 24 à 48 heures dans un contexte de crise comparativement aux autres territoires. La pratique des MO, dans les différents territoires, s'oriente peu vers une intégration des soins de santé mentale. En font preuve, la faiblesse des contacts des MO avec les professionnels de la santé mentale, le nombre élevé de références pour les cas de TG.SM, lesquelles peuvent être interprétés comme des transferts, et par leur implication mitigée dans le processus d'hospitalisation des patients. Le manque d'expertise et de temps, la peur des agressions, les difficultés des patients à

adhérer aux traitements et à poursuivre leur traitement entre les crises sont autant de raisons relevées dans la littérature qui poussent les MO à référer les cas de TG.SM vers les ressources de santé mentale [31-33]. La pratique en silo des MO est particulièrement frappante en territoire rural, où l'on note que la proportion de MO n'ayant aucun contact avec les psychiatres et les psychologues en cabinet privé est la plus élevée. Aussi, en territoire urbain, les MO sont peu impliqués dans le processus d'hospitalisation, exception faite pour le suivi post-hospitalier comparativement aux MO en territoire semi-urbain et rural. Enfin, notre étude renforce les constats rapportés par d'autres études [32, 34-36] qui expliquent la pratique en silo des MO par : leur effectif insuffisant, les longs délais d'attente pour une référence en psychiatrie, et la perception des MO d'une mauvaise qualité de la collaboration interprofessionnelle et des services de santé mentale, particulièrement reliée aux problèmes d'accès aux ressources, plus marquées en milieu rural (psychiatres et psychologues).

En général, les MO orientent les patients vers différents partenaires selon la sévérité de leur problème de santé mentale. Pour les cas de TG.SM, ils privilégient les ressources spécialisées selon une dynamique de hiérarchisation des services. Pour les TTM.SM, les premiers partenaires des MO sont plutôt les psychologues en cabinet privé, suivi du personnel psychosocial des CLSC, privilégiant ainsi une dynamique de complémentarité des services. Dans les territoires ruraux, le premier partenaire des MO pour les TTM.SM est cependant essentiellement les CLSC. Notre recherche démontre donc deux modalités de collaboration traduisant l'importance d'organiser les services de santé mentale en fonction d'une intégration clinique principalement horizontale pour les cas de TTM.SM (coordination de soins primaires), et surtout verticale pour les TG.SM (soins primaires et spécialisés), afin de soutenir les MO et de mieux traiter la population. Malgré le peu d'intégration des pratiques des MO et des ressources de santé mentale, démontrée par notre étude, les MO affirment soutenir le déploiement éventuel d'une meilleure intégration, indifféremment des territoires de pratique. Les avantages de l'intégration et de la consolidation des soins primaires pour les usagers, les professionnels et le système de santé ont été maintes fois rapportés [3, 5, 6].

Conclusion

Nos résultats ont mis en évidence que les MO jouent un rôle central en santé mentale, particulièrement dans la prise en charge des cas de TTM.SM, et que la pratique clinique et la pratique collaborative des MO en santé mentale diffèrent selon le type de territoire. Néanmoins, cette pratique s'oriente actuellement peu vers une intégration des soins de santé mentale, car les MO ont peu de contact avec les professionnels de santé mentale, sont peu impliqués dans le processus d'hospitalisation de leurs patients, et réfèrent la majorité des cas de TG.SM vers les services spécialisés. Cette pratique qualifiée de silo, est plus marquée en territoire urbain, comparativement aux territoires semi-urbains et ruraux. Cependant, les MO ont témoigné soutenir majoritairement

l'amélioration de l'intégration du dispositif clinique de soins de santé mentale. L'organisation effective du dispositif de soins de santé mentale semble néanmoins restreinte par l'accessibilité aux ressources, particulièrement en milieu rural.

Afin d'améliorer l'intégration des services de santé mentale, la volonté politique de développer et d'encourager les initiatives de soins partagés et de collaboration en santé mentale devrait être encore plus favorisée, puisque les MO ont témoigné leur intérêt pour la santé mentale et soutiennent majoritairement les stratégies de collaboration. Nos résultats démontrent aussi la pertinence d'adapter les modèles de dispensation de soins en fonction des types de territoire et de la gravité des cas pris en charge (i.e., TTM.SM ou TG.SM). La réforme devrait impliquer les acteurs autres que les psychiatres (psychologues en CLSC et en cabinet privé) et encourager le déploiement de mécanismes et stratégies, aussi recommandés dans la littérature, visant à soutenir la pratique clinique et la pratique collaborative des MO tels que : formation continue, guides de bonne pratique, corridors d'accès facilité aux services spécialisés, agents de liaison, etc. [4, 8, 37].

Tableaux

Tableau I : Profil socio-démographique et de pratique clinique des MO

Profil sociodémographique	Urbaine N=264	Semi-urbaine N=102	Rurale N=32	Total N = 398 (%)
Nombre moyen d'années de pratique (DS)	22 (9)	23 (9)	17 (10) ††	22 (10)
Proportion du revenu à l'acte	62	73	60 †	65
Proportion du revenu à tarif horaire	26	17	32 †	24
Proportion du revenu à salaire	12	10	8	11
Proportion des MO ayant participé à au moins une journée de FMC en SM	82	79	72	80
Nombre moyen de journées consacrées aux FMC	3	2	2	3
Proportion de patients vus pour trouble de santé mentale/semaine	26	22	23	25
Nombre de patients vus pour TTM.SM/semaine parmi cas de SM (%)	19,8 (88,6)	18,5 (88,4)	21,4 (87,8)	19,91 (88,5)
Nombre de patients vus pour TG.SM/semaine parmi cas de SM (%)	6,2 (11,4)	3,5 (11,6)	1,6 (12,2)	2,58 (11,5)
Proportion des cas de TTM.SM pris en charge par les MO	70	67	70	69
Proportion des cas de TTM.SM pris en charge par les MO	30	33	30	31
Proportion des MO qui reçoivent leurs patients en crise dans un délai 24 à 48h	76	90	58 ††	79

Test de t : ††† < 0,001 ; †† < 0,01; † < 0,05; **DS** : Déviation standard
FMC : Formation médicale continue; **SM** : santé mentale

Tableau II : Pourcentage des cas de santé mentale référés par les MO aux autres ressources de santé mentale

Ressources de référence	Urbaine N=264	Semi-urbaine N=102	Rurale N=32	Total N=398
	<i>TGSM/ TTM.SM</i> (%)	<i>TGSM/ TTM.SM</i> (%)	<i>TGSM/ TTM.SM</i> (%)	<i>TG.SM/ TTMSM</i> (%)
Urgence des centres hospitaliers	22,4 8,0	35,7 11,3	33,8 †† 10,1	26,8*** 9,0
Cliniques externes de psychiatrie	22,0 13,9	19,8 11,2	31,2 16,8	22,2 13,5
Équipe spécialisée de SM des CLSC	9,7 6,9	13,2 11,0	11,4 17,7 ††	10,7 8,8
Services psychosociaux courants des CLSC	6,8 19,4	12,6 21,4	5,7 24,7	8,2* 20,3
Cabinet de psychologues	5,6 34,9	4,5 25,3	0,75 17,56	5,0*** 31,1
Centres de crise	4,5 4,9	2,5 2,3	0,6 †† 1,0 ††	3,7 4,0
Organismes communautaires	3,1 3,7	6,6 2,4	0,8 0,8	3,8 3,1

Test de t : ††† < 0,001 ; †† < 0,01; † < 0,05

Test de χ^2 : *** < 0,001 ; ** < 0,01; * < 0,05

Tableau III : Motifs de références des cas de santé mentale rencontrés effectués souvent/à l'occasion par les MO

Motifs des références des MO (%)	Urbaine N=264	Semi-urbaine N=102	Rurale N=32	Total N=398
	<i>TGSM/</i> <i>TTM.SM</i> (%)	<i>TGSM/</i> <i>TTM.SM</i> (%)	<i>TGSM/</i> <i>TTM.SM</i> (%)	<i>TG.SM/</i> <i>TTM.SM</i> (%)
Suggestion de traitements pharmacologiques	80,2 70,9	89,0*** 67,0	100,0*** 80,6	84** 70,7
Évaluation diagnostique	78,0* 63,6	87,3*** 58,0	93,0*** 71,0	84** 70,7
Suivi conjoint avec le psychiatre	73,9*** 41,5	75,0*** 42,0	90,3*** 41,9	75,5*** 41,6
Transfert du patient en psychiatrie	63,4*** 21,7	68,0*** 28,0	71,0*** 29,0	65,2* 23,9
Suivi conjoint avec d'autres ressources	68,9 79,1	71,0 74,0	80,6* 93,5	70,4 78,9

Test de χ^2 : ***< 0,001 ; ** < 0,01; * < 0,05

Tableau IV : Fréquence des contacts des MO avec les autres professionnels

Fréquence contacts	Psychiatres (%)	Équipe Psy (%)	CLSC (%)	Psycho CP (%)	Autres (%)
Au moins 1 fois aux 2 semaines	3,0	4,8	4,5	3,8	1,3
Au moins 1 fois par mois	5,5	3,8	10,5	10,8	1,5
Au moins 1 fois aux 3 mois	12,6	8,5	18,6	18,3	0,5
Au moins 1 fois aux 6 mois	12,8	10,5	7,8	10,8	1,3
Au moins 1 fois par année	21,1	12,8	10,1	11,6	1,3
Aucun contact	44,7	59,3	48,5	44,7	94,2

Psy : Psychiatrie

Psycho CP : Psychologues en cabinet privé

Tableau V : Pourcentage des MO impliqués à l'occasion/souvent lors de l'hospitalisation de leur patient

Implication	Urbaine N=264 (%)	Semi-urbaine N=102 (%)	Rurale N=32 (%)	Total N=398 (%)
Admission à l'urgence	37,3	53,5	56,7	43,0
Élaboration d'un plan de traitement	15,3	12,9	36,7	16,3
Planification de la sortie de l'hôpital	8,7	5,0	36,7	10,1
Suivi post-hospitalier	69,0	71,3	76,7	70,2

Tableau VI : Stratégies de collaboration privilégiées par les MO

Stratégies de collaboration à promouvoir	Important/très important		
	Urbaine N=264	Semi-urbaine N=102	Rurale N=32
Formation et support	79,4	79,4	65,7
Accès 1 fois aux 3 mois	80	80	85,7
Continuité des soins et facilité d'accès aux professionnels du territoire			
Identification d'un psychiatre responsable d'un ensemble de clinique médicale	83,3	82,5	76,7
Possibilité pour le patient de revoir le même psychiatre	96,0	99,0	96,7
Accès aux psychologues			
▪ des CLSC	94,9	100,0	96,8
▪ des cabinets privés	87,1	90,6	66,7
Accès aux intervenants psychosociaux autres que les psychologues des CLSC	89,8	93,7	100,0
Accès aux gestionnaires de cas/intervenants-pivots	81,1	85,4	79,3
Accès aux agents de liaison	82,4	84,4	83,3
Accès à un psychiatre			
Pour des consultations téléphoniques			
▪ de 9 à 5, du lundi au vendredi	92,9	99,0	100,0
▪ le soir, du lundi au vendredi	51,6	64,5	48,3
▪ les fins de semaine	47,5	65,2	65,5
Pour des consultations semi-urgentes en clinique externe de psychiatrie			
▪ de 9 à 5, du lundi au vendredi	97,7	99,0	96,8
▪ le soir, du lundi au vendredi	39,2	34,0	33,3
▪ les fins de semaine	33,8	34,0	44,4
Dans votre clinique pour des demandes de consultation pour votre clientèle			
▪ 1 fois aux 2 semaines	28,4	20,6	31,3
▪ 1 fois par mois	35,6	34,3	25,0
▪ 1 fois aux 3 mois	12,5	12,7	3,1
Total	76,5	67,6	59,4

Références

1. MALCOLM, L., BARNETT, P., 1995, Decentralization, integration and accountability: perceptions of New Zealand's top health service managers, *Health Services Management Research*, 8, no 2, 121-134.
2. PROVAN, K.G., 1997, *Family & community Health*, 19, no 4, 19-30.
3. LEATT, P., PINK G.H., GUERRIERE, M., 2000, Towards a Canadian Model of Integrated healthcare, *Healthcare Papers*, 1, no 2, 13-37.
4. GLOUBERMAN, S., MINTZBERG, H., 2001, Managing the Care of Health and the Cure of Disease- Part I: Differentiation, *Health Care Management Review*, 26, no 1, 56-69.
5. GILLIES, R.R., SHORTELL, S.M., ANDERSON, D.A., MITCHELL, J.B., MORGAN, K.L., 1993, Conceptualizing and Measuring Integration: Findings from the Health Systems Integration Study, *Hospital & Health Services Administration*, 38, no 4, 467- 488.
6. MORRISSEY, J., CALLOWAY, M., JOHNSEN, M., ULLMAN, M., 1997, Service System Performance and Integration: A Baseline Profile of the ACCESS Demonstration Sites, *Psychiatric Services*, 48, no 3, 374-380.
7. LEATT, P., NICKOLOFF, B., 2001, Managing Change: Implications of Current Health Reforms on the Hospital Sector, prepared for the Ontario Hospital Association, 1-62.
8. FLEURY, M.J., 2006, Integrated services networks: the Quebec case, *Health Services Management Research*, 19, no 3, 153-165.
9. FLEURY, M.J., 2005, Models of integrated service networks and key conditions for their operationalization, *International Journal of Integrated Care*, Apr-Jun, 5: e07.
10. CRAVEN M., BLAND R., 2006, Meilleures pratiques pur des soins de santé mentale axés sur la collaboration : Une analyse des données existantes, in *La revue canadienne de psychiatrie*, 51 (Suppl. 1).
11. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2005, Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens: Québec.
12. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 1998, Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale, Gouvernement du Québec: Québec.

13. LESAGE, A., VASILIAKIS, H.-M, GAGNÉ, M.-A, DUDGEON, S., KASMAN, N., HAY, C., 2006, Prévalence de la maladie mentale et utilisation des services connexes au Canada: Une analyse des données de l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Initiative canadienne de collaboration en santé mentale.
14. KATES, N., 2002, Les soins partagés en santé mentale: la voie à suivre, *Le Médecin de famille canadien*, no 48, 859-861.
15. LUCENA, R., LESAGE, A., ROBERT, E., LAMONTAGNE, Y., CORBIÈRE, M., 2002, Strategies of collaboration between general practitioners and psychiatrists: A survey of practitioners' opinions and characteristics, *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, no 8, 750-758.
16. DILTS, S.L.J., MANN, N., DILTS, J.G., 2003, Accuracy of referring psychiatric diagnosis on a consultation-liaison service, *Psychosomatics*, 44, no 5, 407- 411.
17. GILBERT A., 2003, La santé mentale des adolescents québécois: Quel rôle pour les omnipraticiens, in *Mémoire de maîtrise en Médecine sociale et préventive*, Université de Montréal: Montréal.
18. SAVARD, I., RODRIGUE, J., 2007, Des omnipraticiens à la grandeur du Québec. Évolution des effectifs et des profils de pratique. Données de 1996-1997 à 2005-2006, Direction de la planification et de la régionalisation - FMOQ.
19. OUADAHI, Y., FLEURY, M.J., LESAGE, A., 2007, Rapport de recherche. Consultation des données 2002 de la régie d'assurance maladie du Québec sur la santé mentale, Institut Universitaire Douglas: Montréal.
20. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), 2005, Les médecins de famille qui acceptent de nouveaux patients : Comparaison entre les résultats du sondage Janus de 2001 et de l'Enquête nationale auprès des médecins de 2004.
21. BROWN, J.B., LENT, B., TAKHAR J., BISHOP, J., 2002, Caring for seriously mentally ill patients, *Can Fam Physician*, 48, no 5, 915-22.
22. BURNS, L.R., BAZZOLI, G, J., DYNAN, L., WHOLEY, D.R., 1997, Managed care, market stages, and integrated delivery systems: is there a relationship, *Health Affairs*, 16, no 6, 204-218.

23. TOEWS, J., LOCKYER, J., ADDINGTON, D., McDOUGALL, G., WARSD, R., SIMPSON, E., 1996, improving the management of patients with schizophrenia in primary care: assessing learning needs as a first step, *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, no 10, 617-622.
24. KENDRICK, T., BURNS, T., FREELING, P., SIBBALD, B., 1994, Provision of care to general practice patients with disabling long-term illness: a survey in 16 practices, *Br J Gen Pract*, 44, no 384, 301-305.
25. STIP, E., BOYER, R., SEPEHRY, A.A., RODRIGEZ, J.P., UMBRICH, D., TREMPIER, A., SIMON, A.E., 2007, Sur la première ligne: sondage pour un partage. Les omnipraticiens et la schizophrénie, *Santé mentale au Québec*, XXXII, no 1, 281-297.
26. WRIGHT, M., HARMON, K.D., BOWMAN, J.A., LEWIN, T.J., CARR, V.J., 2005, Caring for depressed patients in rural communities: general practitioners' attitudes, needs and relationships with mental health services, *Australian Journal Rural Health*, 13, no 1, 21-27.
27. ROCKMAN, P., SALACH, L., CORD, M., TURNER, T., 2004, Shared mental health care. Models for supporting and mentoring family physicians, *Can Fam Physician*, 50, no 3, 397- 402.
28. TEPPER, J., 2004, L'évolution du rôle des médecins de famille au Canada, Institut canadienne d'information sur la santé (ICIS).
29. HUTTEN-CZAPSKI, P., PITBLADO, J.R., SLADE, S., 2004, Short Report: Scope of family practice in rural and urban setting, *Can Fam Physician*, 2004. 50, 1548-1550.
30. HOGENBIRK, J., PONG, R.W., TESSON, G., STRASSER, R., 2004, Do rural physicians practice differently than urban physicians? Evidence from a Canada wide survey of family physicians, in Cinquième conférence de la Société canadienne de recherche en santé rurale et quatrième congrès international des infirmières et infirmiers spécialistes de la santé rurale, Sudbury du 21 au 23 octobre.
31. BALLESTER, D.A., FILIPPON, A.P., BRAGA,C., ANDREOLIS, S.B., 2005, The general practitioner and mental health problems: challenges and strategies for medical education, *Sao Paulo Med J*, 123, no 2, 72-76.
32. CARR, V.J., LEWIN, T. J., BARNARD, R.E., WALTON, J.M., ALLEN, J.L., CONSTABLES, P. M., CHAPMAN, J.L., 2004, Attitudes and roles of general practitioners in the treatment of schizophrenia compared with community mental health staff and patients, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, no 1, 78-84.

33. KATERNDAHL, D., FERRER, R.L. Knowledge, 2004, About recommended treatment and management of major depressive disorder, panic disorder, and generalized anxiety disorder among family physicians, *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, 6, no 4, 147-151.
34. WATSON, D., KRUEGER, H., 2005, Primary Health Care Experiences and Preferences: Research highlights, The University of British Columbia, 1-14.
35. KATES, N., FUGERE, C., FARRAR, S., 2004, Family physician satisfaction with mental health services: findings from a community survey, *CPA bulletin*, 36, no 2, 10-14.
36. CRAVEN, M.A., COHEN, M., CAMPBELL, D., WILLIAMS, J.B., KATES, N., 1997, Mental Health Practices of Ontario Family Physicians: A study using qualitative methodology, *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, no 11, 945-949.
37. FRIEDMAN, L., GOES, J., 2001, Why integrated health networks have failed, *Frontiers of Health Services Management*, 17, no 4, 51-54.

ANNEXE 3 : Questionnaire



Questionnaire pour les médecins de famille

« Rôle des médecins de famille en santé mentale et coordination avec les réseaux intégrés des services »

M.-J. Fleury, Ph.D. et collaborateurs¹³

Information générale sur le questionnaire

Le questionnaire est divisé en huit parties. La première partie consiste à relever des informations socio-démographiques sur les répondants ainsi que sur leurs lieux de pratique. La seconde partie s'intéresse aux caractéristiques de la clientèle desservie. La troisième concerne les services dispensés spécifiquement en santé mentale. La quatrième partie porte sur les références et les liens de coordination. La cinquième s'intéresse à la formation. La sixième partie cerne l'appréciation de la qualité des services en santé mentale dispensés sur votre territoire. La septième vise à identifier les stratégies de collaboration les plus susceptibles de vous aider à mieux répondre aux besoins de la clientèle en santé mentale. Enfin, une question ouverte est présentée permettant de vous exprimer sur le questionnaire ou sur les moyens à mettre en œuvre pour améliorer votre rôle en santé mentale et les liens de coordination avec le réseau de la santé et des services sociaux.

Vos réponses demeureront confidentielles, et ne seront utilisées que par les membres de l'équipe de recherche. Les répondants seront identifiés par un code, et seuls les résultats agrégés seront diffusés.

Nous vous remercions de contribuer par votre participation à la réussite de cette étude.

Pour renseignements :

Youcef Ouadahi, M.B.A.
Coordonnateur du projet
Tél. : (514) 761-6131 poste 3
Courriel : ouayou@douglas.mcgill.ca

Division de recherche psychosociale
Centre de recherche de l'hôpital Douglas
6875, boulevard LaSalle
Verdun (Québec), H4H 1R3

1 : Partenaires-décideurs : FMOQ, AMPQ, MSSS, INSPQ, AQESSS, Agences de Chaudière-Appalaches, Montérégie, Montréal-Centre, Outaouais et Québec ainsi que les Centres hospitaliers Robert-Giffard et Douglas

Co-chercheurs : Drs B. Gaumer, A. Lesage, D. Aubé, M.-T. Lussier, J. Tremblay, P. Lamarche et L. Fournier

ID

1. **Informations socio-démographiques et lieux de pratique**

1.1 Votre âge ?
-----------------	-------

1.2 Votre sexe ?	Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>
------------------	--

1.3 En quelle année avez-vous obtenu votre permis de pratique du Collège des médecins du Québec ?
.....

1.4 Dans une semaine type, combien d'heures travaillez-vous dans les lieux suivants ?	
Cabinet privé (pratique en solo)	.....h
Clinique médicale (pratique en groupe)	.....h
CLSC	.....h
Unité de médecine familiale (UMF)	.....h
Urgence	.....h
Hôpital de soins généraux excluant l'urgence	.....h
Hôpital de soins psychiatriques excluant l'urgence	.....h
Autres	.....h
.....	
.....	

1.5 Est-ce que vous faites partie ?	Oui	Non
D'un groupe de médecine de famille (GMF)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'une clinique réseau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.6 Au cours de la dernière année, quelle proportion de votre revenu professionnel provient de chacun des modes de rémunération suivants ?	
À l'acte%
À salaire%
Au tarif horaire%

2. Patients desservis

Dans <u>une semaine type</u> , à combien estimez-vous ?	
2.1 Le nombre de <u>patients rencontrés</u>	.....
2.2 Le pourcentage de patients <u>présentant des troubles de santé mentale</u>%
2.3 Parmi ceux présentant des <u>troubles de santé mentale</u> , le nombre de patients reçus	
Avec rendez-vous%
Sans rendez-vous%
Total	100 %

2.4 Parmi les patients avec des troubles de santé mentale, quel est le pourcentage de ceux présentant spécifiquement ?	
Des <u>troubles mentaux graves et persistants</u> (schizophrénie, trouble délirant, trouble bipolaire...)%
Des <u>troubles mentaux transitoires/modérés</u> (ex.: troubles de l'adaptation, troubles anxieux et dépressifs)%
Des troubles de <u>co-morbidité</u> :	
Santé mentale et abus de substance%
Santé mentale et <u>problèmes physiques</u>%
Santé mentale et <u>déficience intellectuelle</u>%
Total	100 %

3. Services dispensés pour les patients présentant des troubles de santé mentale¹⁴

3.1 Parmi les patients vous consultant pour un trouble de santé mentale, quel est le <u>pourcentage des cas pris en charge</u> ? (Vous en assumez le suivi)	
Avec troubles mentaux <u>graves et persistants</u>%
Avec troubles <u>mentaux transitoires/modérés</u>%

3.2 Pour les patients pris en charge, quel est le <u>pourcentage de consultation reliée aux activités suivantes?</u>	Troubles mentaux graves et persistants	Troubles mentaux transitoires/modérés
Suivi de la médication%%
Thérapie de support*%%
Psychothérapie**%%
Autres (précisez)%%

* thérapie de support : support, écoute active, etc.

** psychothérapie : traitement psychologique avec objectifs thérapeutiques précis

3.3 En moyenne, combien de <u>fois par année rencontrez-vous vos patients</u> présentant ?	
Des troubles <u>mentaux graves et persistants</u>	...../année
Des troubles <u>mentaux transitoires/modérés</u>	...../année

¹⁴ Pour toutes les questions relatives aux troubles graves et persistants ou transitoires/modérés, inclure les cas de co-morbidité.

3.4 Dans un <u>contexte de crise</u>, que faites-vous lorsqu'un de vos patients s'adresse à vous pour un trouble de santé mentale ? (2 choix de réponse au maximum)	
Vous le recevez la journée même	<input type="checkbox"/>
Vous lui fixez un rendez-vous dans un délai de :	
1 à 2 jours	<input type="checkbox"/>
3 à 5 jours	<input type="checkbox"/>
6 à 10 jours	<input type="checkbox"/>
Vous le référez à d'autres ressources (ex.: urgence, centres de crises, cliniques sans rendez-vous...)	<input type="checkbox"/>

3.5 En tant que médecin de famille, <u>considérez-vous important d'intervenir</u> auprès des patients ayant des troubles de santé mentale ?	Troubles <u>mentaux graves et persistants</u>	Troubles <u>mentaux transitoires/modérés</u>	
	Pas du tout important	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Peu important	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Important	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Très important	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Références et liens de coordination

4.1 En moyenne, dans <u>une semaine type</u>, combien de patients présentant des troubles de santé mentale <u>référez-vous à d'autres ressources</u> ?	
Patients avec troubles <u>mentaux graves et persistants</u>?	.....
Patients avec troubles <u>mentaux transitoires/modérés</u>?	.....

4.2 De ce nombre, quel pourcentage en moyenne, référez-vous vers les ressources suivantes ?	Troubles mentaux graves et persistants	Troubles mentaux transitoires/modérés
Urgence des centres hospitaliers%%
Cliniques externes de psychiatrie%%
Équipe spécialisée de santé mentale du CLSC%%
Services psychosociaux courants du CLSC%%
Cabinets de psychologues%%
Centres de crise%%
Organismes communautaires%%

4.3 Pour chacun des motifs suivants, indiquez la fréquence de vos références à d'autres ressources pour les patients présentant ?	Jamais	Rarement	À l'occasion	Souvent
<i>Des troubles mentaux graves et persistants</i>				
Évaluation diagnostique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suggestion de traitements pharmacologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suivi conjoint avec le psychiatre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfert du patient en psychiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suivi conjoint avec d'autres ressources	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Des troubles mentaux transitoires/modérés</i>				
Évaluation diagnostique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suggestion de traitements pharmacologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suivi conjoint avec le psychiatre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfert du patient en psychiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suivi conjoint avec d'autres ressources	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.4 Pour chacune des <u>raisons</u> suivantes, indiquez la <u>fréquence de vos demandes de transferts vers d'autres ressources ?</u>	Jamais	Rarement	À l'occasion	Souvent
Complexité des cas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gravité des cas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manque de formation en santé mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manque de soutien des psychiatres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incitatifs financiers insuffisants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peu d'intérêt pour cette clientèle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.5 Lorsque vous <u>suivez un patient avec un autre professionnel de la santé mentale</u>, quelle est votre <u>appréciation des outils</u> suivants?	Très inadéquats	Inadéquats	Adéquats	Très adéquats	Ne s'applique pas
Formulaires standardisés de référence	<input type="checkbox"/>				
Rapports de consultation	<input type="checkbox"/>				
Accès téléphonique à un professionnel de garde	<input type="checkbox"/>				
Suivis téléphoniques	<input type="checkbox"/>				
Protocoles de suivi et de traitement	<input type="checkbox"/>				
Protocoles de médicaments	<input type="checkbox"/>				
Plans d'intervention	<input type="checkbox"/>				

4.6 Lors de l'<u>hospitalisation d'un de vos patients pour des troubles de santé mentale</u>, quelle est la <u>fréquence de votre implication</u> dans ?	Jamais	Rarement	À l'occasion	Souvent
L'admission en urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'élaboration du plan de traitement incluant la médication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La planification de la sortie de l'hôpital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le suivi post-hospitalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.7 Lors d'une <u>demande d'expertise à un psychiatre, quel est en moyenne le délai d'obtention de l'information?</u>
--	-------

4.8 Lorsque vous <u>suivez un patient avec un autre professionnel de la santé mentale</u> quelle est, en général, la <u>fréquence de vos contacts avec</u>	Le psychiatre ?	L'équipe de psychiatrie ?	Les intervenants du CLSC ?	Les psychologues en cabinets privés?	Autres ?
Aucun contact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au moins 1 fois aux 2 semaines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au moins 1 fois par mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au moins 1 fois aux 3 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au moins 1 fois aux 6 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au moins 1 fois par année	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.9 Comment qualifiez-vous, d'une façon générale, vos <u>relations</u> avec le personnel des?	Très insatisfaisantes	Insatisfaisantes	Satisfaisantes	Très satisfaisantes	Ne s'applique pas
Centres hospitaliers					
Services d'urgence	<input type="checkbox"/>				
Services psychiatriques	<input type="checkbox"/>				
CLSC					
Équipe spécialisée de santé mentale	<input type="checkbox"/>				
Services psychosociaux courants	<input type="checkbox"/>				
Cabinets de psychologues	<input type="checkbox"/>				
Centres de crise	<input type="checkbox"/>				
Organismes communautaires	<input type="checkbox"/>				

4.10 Pour les deux groupes de patients suivants, quelle <u>importance</u> accordez-vous au fait de travailler en <u>collaboration</u> avec?	Pas du tout important	Peu important	Important	Très important
<i>Patients avec des troubles mentaux graves et persistants</i>				
Centres hospitaliers				
Les intervenants de l'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les psychiatres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'équipe de psychiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLSC				
Les intervenants de l'équipe spécialisée de santé mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les intervenants des services psychosociaux courants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cabinets privés				
Les psychologues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centres de crise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organismes communautaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Patients avec des troubles mentaux transitoires/modérés</i>				
Centres hospitaliers				
Les intervenants de l'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les psychiatres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'équipe de psychiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLSC				
Les intervenants de l'équipe spécialisée de santé mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les intervenants des services psychosociaux courants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cabinets privés				
Les psychologues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centres de crise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organismes communautaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Formation

5.1 Au cours des douze derniers mois, à combien de journées de formation médicale continue touchant la santé mentale avez-vous assisté ?

Nombre de journées :

5.2 Ces formations vous ont-elles permis ?	Pas du tout	Très peu	Assez	Beaucoup
De développer de <i>nouvelles connaissances cliniques</i> en santé mentale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De renforcer vos <i>habiletés à prendre en charge</i> des patients avec des troubles mentaux?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'améliorer <i>votre collaboration</i> avec les autres professionnels de la santé mentale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Qualité perçue des services de santé mentale dans votre territoire

6.1 Pour les patients présentant <u>des troubles de santé mentale</u>, quelle est votre appréciation générale de:	Très inadéquate	Inadéquate	Adéquate	Très adéquate
L' <i>accessibilité géographique</i> des services (accessibilité des <i>lieux</i> de dispensation) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L' <i>accessibilité</i> aux services en termes d' <i>heures d'ouverture</i> des organisations ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L' <i>accessibilité</i> aux différentes <i>catégories de professionnels</i> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La <i>quantité de services</i> disponibles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La <i>diversité des services</i> disponibles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La <i>continuité des services</i> offerts ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La <i>qualité globale des services</i> offerts ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Stratégies de collaboration à promouvoir

7.1 Parmi les éléments retrouvés sur un <u>rapport de consultation ou d'hospitalisation</u>, quels sont à votre avis, ceux qu'il faut <u>privilégier</u> ?	Pas du tout important	Peu important	Important	Très important
Le diagnostic (multi axial)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le traitement suggéré ou débuté (pharmacothérapie / psychothérapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les indications de modifications du traitement avec des suggestions d'alternatives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le délai du suivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La nécessité d'un suivi en psychiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.2 Parmi les <u>stratégies suivantes</u>, quelles sont à votre avis, celles qu'il faut <u>privilégier</u> pour soutenir la pratique des médecins de famille ?	Pas du tout important	Peu important	Important	Très important
a. L'identification d'un <u>psychiatre responsable</u> d'un ensemble de cliniques médicales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. L'accès à un <u>psychiatre pour des consultations téléphoniques</u>				
De 9 à 5, du lundi au vendredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le soir, du lundi au vendredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les fins de semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. L'accès à un <u>psychiatre pour des consultations semi urgentes</u> en clinique externe de psychiatrie				
De 9 à 5, du lundi au vendredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le soir, du lundi au vendredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les fins de semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. L'accès à un <u>psychiatre dans votre clinique</u> pour des <u>demandes de consultation</u> pour votre clientèle (1 seul choix de réponse)				
1 fois aux 2 semaines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 fois par mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 fois aux 3 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (préciser).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

e. Des séances de <u>formation et de support</u> à la consultation données dans votre clinique aux <u>médecins</u> par un <u>psychiatre</u>				
1 fois par mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 fois aux 3 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (préciser).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. La possibilité pour le patient de <u>revoir le même psychiatre</u> s'il y a rechute ou détérioration				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Un <u>accès facilité</u> aux <u>professionnels</u> de la santé du territoire				
Psychologues				
Des CLSC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des cabinets privés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intervenants psychosociaux autres que les psychologues				
Des CLSC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestionnaires de cas/intervenants pivots ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agents de liaison ³	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres professionnels (préciser).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

h. L'utilisation des <u>outils suivants</u>				
Formulaires de référence standardisés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapports de consultation avec des recommandations thérapeutiques claires et élaborées dans un délai raisonnable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapports d'hospitalisation avec des recommandations thérapeutiques claires et élaborées pour le suivi post hospitalisation dans un délai raisonnable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Autres questions

8.1 Avez-vous des commentaires et suggestions concernant les moyens à mettre en œuvre pour faciliter l'évaluation et la prise en charge par le médecin de famille des patients présentant des troubles de santé mentale ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8.2 Seriez-vous intéressé à :	Oui	Non
1) recevoir un court document synthèse sur les résultats de cette enquête?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) assister à une conférence, tenue dans chacune des régions à l'étude, présentant les résultats du projet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) ce que votre participation à l'étude, par vos réponses au questionnaire, la réception du document synthèse et votre présence lors de la conférence, soit reconnue comme <u>une activité de formation continue</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) participer à une courte entrevue visant à compléter l'information obtenue de la compilation des données du questionnaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ANNEXE 4 : Approbation du comité d'éthique de la
recherche de l'hôpital Douglas**



Comité d'éthique de la recherche

Lors d'une réunion du Comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Douglas tenue le 16 janvier, 2007

Un comité composé de:

GAUTHIER, Serge, M.D., F.R.C.P(c), Président et éthicien	Neurologue
BRUCE, Kenneth, Ph.D.	Psychologue
CROCKER, Anne, Ph.D.	Chercheure
DEBRUILLE, Jacques-Bruno, M.D.	Psychiatre
DE CHAZAL, Denis	Représentant la Communauté
EDWARDS, Moira	Représentant la Communauté
MBEKOU, Valentin, Ph.D.	Psychologue
PLANTE, Geneviève, A.M.	Archiviste
TREMBLAY, Jacques, M.D.	Omnipraticien
YELIN, Lawrence, B.A., B.C.L.	Avocat

A confirmé l'approbation du rapport annuel soumis pour le protocole intitulé:

Rôle des médecins de famille en santé mentale et coordination avec les réseaux intégrés de services

Tel que proposé par: Dr. Marie-Josée Fleury

Ce protocole est approuvé pour une période d'une année

Serge Gauthier, M.D., F.R.C.P(c), Président
Comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Douglas
/b

Date: 16/01/07
CER: 04/29

6875, boulevard LaSalle • Montréal • Québec • H4H 1R3 • Téléphone: (514) 761-6131 • www.douglas.qc.ca



Hôpital d'enseignement de l'Université McGill
McGill University Teaching Hospital



Centre collaboratif DR5/CIHS de Montréal pour la consultation et la recherche en santé mentale
Montréal PRHQ/WHC Collaborating Centre for Reference and Research in Mental Health